



Situación actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Argentina

Autores:

Torres, Rubén

Jorgensen, Natalia

Jankilevich, Gustavo

Denamiel, Juan Pablo

Macadam, Pablo

Fernández, Daniel

Spairani, Celina

Lewi, Daniel

Edición: Alejandra Beresovsky

Conflicto de interés: Este documento fue financiado por el laboratorio NOVARTIS.

Agradecimientos:

Fundación DondeQuieroEstar, por su contribución en la recolección de información.

TABLA DE CONTENIDO

1	El cáncer como problema de salud global	3
2	El cáncer de mama como problema de salud pública	4
2.1	El cáncer de mama como problema de salud pública en Argentina	5
2.2	El cáncer de mama como modelo de tumor pasible de intervenciones sanitarias efectivas.....	10
2.3	El cáncer y la medicina personalizada y de precisión	13
3	La respuesta del sistema de salud argentino al cáncer de mama	15
3.1	Política de cobertura de medicamentos para el cáncer de mama en Argentina	16
3.1.1	Subsistema público	17
3.1.2	Subsistema de seguridad social nacional y empresas de medicina prepaga	18
3.1.3	Otras obras sociales	19
3.1.4	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI	19
4	Encuesta de percepción del tratamiento del cáncer de mama en Argentina a jefes de servicios de hospitales públicos	20
4.1	Revisión de la literatura	20
4.2	Fortalezas y debilidades en el proceso de atención desde la experiencia del médico tratante ..	26
4.2.1	Análisis de las barreras identificadas por los referentes en la atención de mujeres con cáncer de mama.	26
5	Estimación de costos de atención del cáncer de mama en Argentina.....	48
5.1	Modelo de costeo.....	48
5.1.1	Estimaciones de la utilización	48
5.1.2	Estimaciones del costo por caso.....	49
5.1.3	Línea de cuidado de cáncer de mama. Prestaciones costeadas	49
5.1.4	Fuentes de datos de precios unitarios y de utilización	52
5.2	Resultados del costeo.....	53
6	Propuesta de política pública para el cáncer de mama en Argentina.....	57
6.1	El camino y el futuro.....	60
7	Bibliografía.....	64

1 EL CÁNCER COMO PROBLEMA DE SALUD GLOBAL

El cáncer es un problema de salud mundial y constituye la segunda causa de muerte (WHO , 2020). Durante 2018, ocasionó 9,6 millones de defunciones -uno de cada seis decesos fue por esta patología-, lo que representa cerca del 70% de la carga de la enfermedad que se registra en países de ingresos medios y bajos. Su impacto económico es sustancial y va en aumento: según las estimaciones de la OMS, el costo total atribuible al cáncer en 2010 ascendió a US\$ 1,16 trillones a nivel global y presenta una tendencia creciente (WHO , 2020).

Argentina tiene una tasa de incidencia de 212 casos de cáncer por cada 100.000 habitantes, si se consideran ambos sexos y todos los tumores, excepto los de piel no melanoma. Esa cifra la posiciona dentro de los países del mundo con una incidencia media-alta de la enfermedad (rango 177 a 245,6 por 100.000 habitantes) y la ubica en el séptimo lugar de América Latina. Esta estimación corresponde a más de 125.000 nuevos casos en ambos sexos al año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes (OMS, 2018):

- ✓ Pulmonar (1,69 millones de defunciones)
- ✓ Hepático (788.000 defunciones)
- ✓ Colorrectal (774.000 defunciones)
- ✓ Gástrico (754.000 defunciones)
- ✓ Mamario (571.000 defunciones)

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos:

- ✓ Índice de masa corporal elevado
- ✓ Ingesta reducida de frutas y verduras
- ✓ Falta de actividad física
- ✓ Consumo de tabaco
- ✓ Consumo excesivo de alcohol

Al igual que en el caso de las enfermedades cardiovasculares (ECV), el envejecimiento de la población dará lugar a muchos más casos de cáncer en los próximos decenios, lo que impondrá mayores cargas a aquellos sistemas de salud mal preparados. Dado que los recursos necesarios para tratar el cáncer son cuantiosos (por ejemplo, personal médico especializado, medicamentos y tecnologías costosas), la planificación del control del cáncer en la región de Latinoamérica y el

Caribe (LAC) será más efectiva y eficiente si se centra en factores de riesgo como el tabaquismo, la inactividad física y el sobrepeso/obesidad. La detección precoz también es clave para reducir la mortalidad, por lo que resulta necesario promover el acceso al diagnóstico y la atención del cáncer mediante intervenciones de salud pública y una mayor cobertura sanitaria (OMS, 2018).

La falta de diagnóstico oportuno, la detección en una fase avanzada y la carencia de tratamiento adecuado son problemas frecuentes en los sistemas de salud. En 2017, sólo el 26% de los países de ingresos bajos informaron que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general (OMS, 2018) y menos del 30% ofrecen tratamiento integral a los enfermos oncológicos en comparación con más del 90% de los países de ingresos altos.

Por último, la pandemia de COVID-19 también ha tenido su impacto en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en general, y del cáncer en particular, situación asociada a la disminución de los estudios de detección, diagnóstico, tratamiento y cuidados complementarios y la reconfiguración de la atención de estos pacientes. Una encuesta de la OMS en 122 países muestra como casi el 45% de los tratamientos de cáncer presentaron interrupción parcial durante 2020 y casi el 5%, interrupción total (OMS, 2020).

2 EL CÁNCER DE MAMA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer en términos de incidencia (2 millones de casos nuevos al año) y el quinto en número de muertes (626 mil al año). A nivel global, alcanza una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 13 por cada 100.000 habitantes (GBD, 2020). En muchos países desarrollados, la mortalidad por este cáncer ha mostrado una tendencia al descenso durante los últimos 20 años, atribuible a los avances en el tratamiento y a la implementación de programas de tamizaje (OMS, 2020). Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida, junto con los cambios en los patrones reproductivos de la población (por ejemplo, edad posterior al primer nacimiento) y factores de estilo de vida (por ejemplo, aumento de la obesidad) presagian una carga de enfermedad cada vez mayor por cáncer de mama.

Cada año en las Américas, más de 462.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100.000 mueren a causa de esta enfermedad. Si las tendencias actuales continúan, para 2030 se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumente en un 34% (OMS, 2020).

Un dato preocupante es que el mayor porcentaje de muertes en América Latina por cáncer de mama ocurre en mujeres menores de 65 años (56%), en comparación con los datos observados en Estados Unidos y Canadá (37%) (GBD, 2020). La desigualdad también se observa en la supervivencia a 5 años, la cual se registra en un 80% en países de ingresos altos y en un 40% en

países de ingresos bajos (Coleman, 2008). Esto se debe en parte al diagnóstico en etapas tardías, en las cuales un alto porcentaje de mujeres acuden con cáncer avanzado, que requiere de atención para la enfermedad metastásica y cuidados paliativos en lugar de tratamiento con intención curativa (OPS, 2020). Cabe señalar también que un mal desempeño de los servicios de salud impacta negativamente sobre la sobrevivida y la mortalidad del cáncer de mama (OPS,2020).

2.1 EL CÁNCER DE MAMA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN ARGENTINA

En Argentina se estiman un total de 129 mil nuevos casos de cáncer diagnosticados al año. Se calcula que entre 17.744 y 21.538 (según la fuente consultada) son específicos de cáncer de mama (Globocan, 2020; GBD, 2020; INC2018). La **Tabla 1** presenta la tasa de incidencia por cáncer en Argentina. Se observa que el cáncer de mama es el de mayor incidencia en mujeres: representa uno de cada tres tumores detectados, unos 17.744 nuevos casos al año (32,6 % del total de casos de cáncer incidentes al año en mujeres). Le sigue a distancia el de colon/recto, con 10,8% del total, o 7.165 nuevos casos al año, sobre un total de 66.131 nuevos casos anuales.

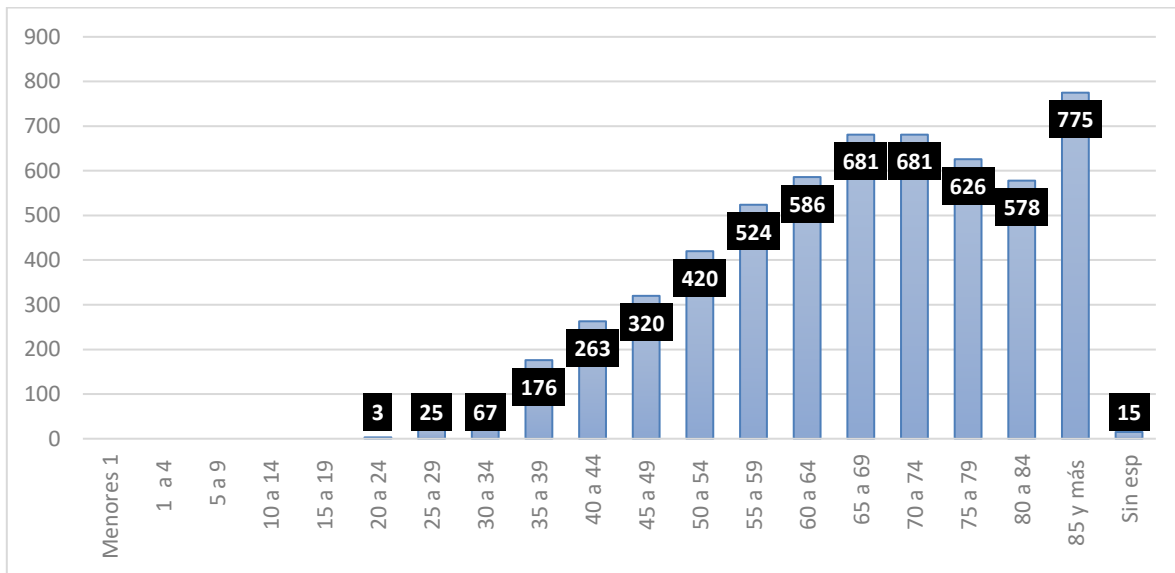
Tabla 1. Incidencia por sitio tumoral Argentina- Mujeres- 2018

Sitio tumoral	Tasa de incidencia (x 100.000 mujeres)	Tasa de incidencia estandarizada por edad (x 100.000 mujeres)	Incidencia mujeres (# mujeres incidentes)
Mama	76,73	62,72	17.744
Colon / Recto	36,39	27,45	8.416
Cérvix	31,49	28,02	7.281
Pulmón	19,11	14,94	4.419
Tiroides	3,36	2,9191	776

Fuente: Elaboración propia con datos de Globocan.

Argentina registró en 2018 un total de 5.740 muertes por cáncer de mama, por lo que representó la primera causa de muerte en mujeres y fue equivalente a un 20% del total de decesos femeninos por cáncer anuales (DEIS, 2019). Del total de fallecimientos por cáncer de mama, el 42% ocurre antes de los 65 años y el 54% antes de los 70 años, tal como se presenta en el **Gráfico 1**.

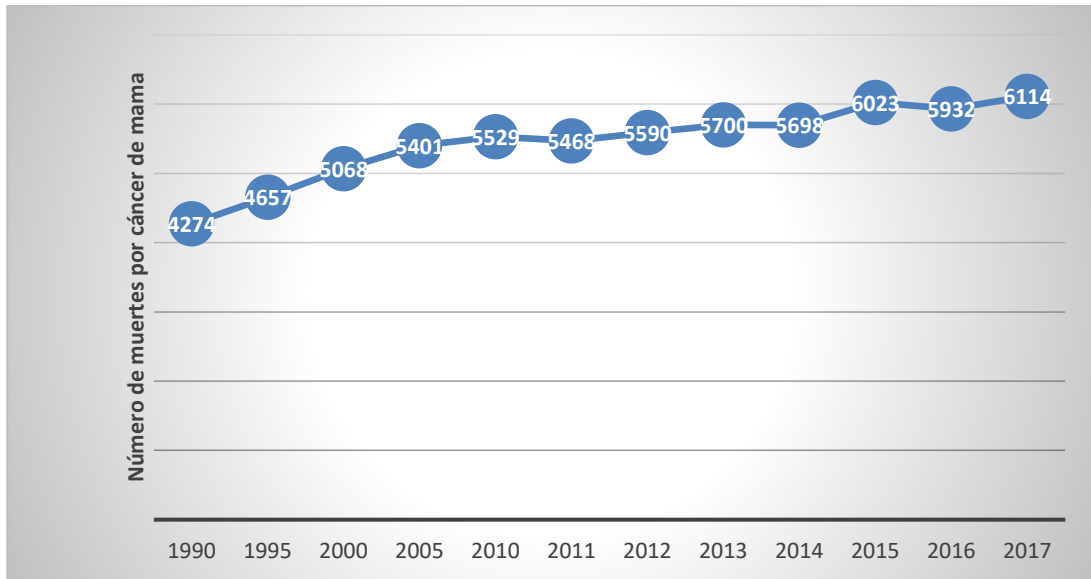
Gráfico 1. Número de muertes por cáncer de mama por grupo de edad. 2018



Fuente: Elaboración propia con datos de DEIS.

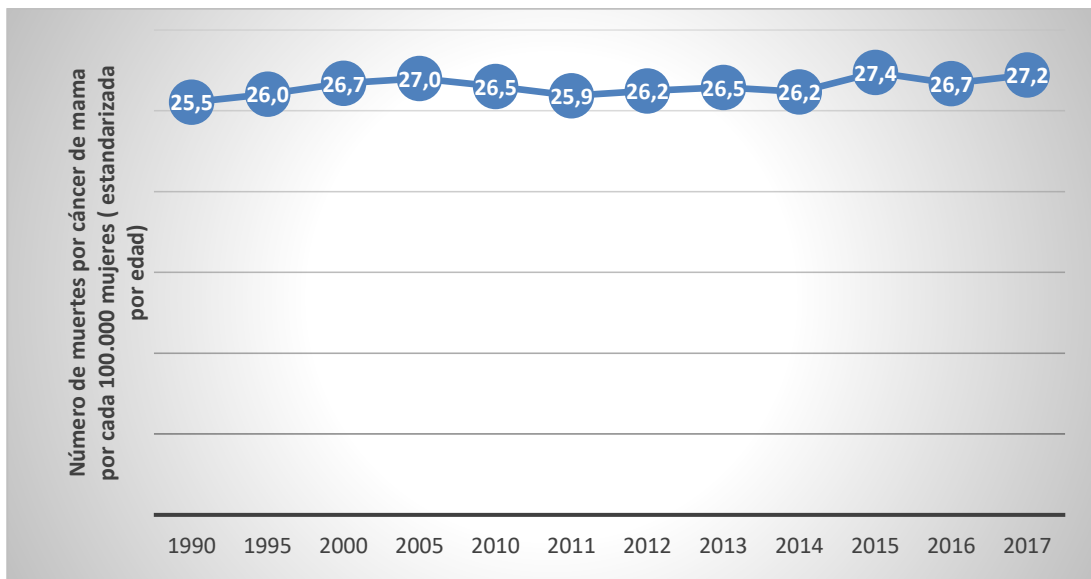
El número de muertes por cáncer de mama en Argentina presenta una tendencia creciente entre 1990 y 2017. Mientras que en 1990 el número de fallecimientos por esta causa era de 4.274, en 2017 ascendió a 6.144, según datos de la DEIS (**Gráfico 2**). La tasa de mortalidad específica presenta una tendencia relativamente estable (**Gráfico 3**). Sin embargo, al comparar con el mismo indicador en la región, Argentina es uno de los países en los que menos ha disminuido la tasa de mortalidad específica estandarizada por edad en el tiempo (**Gráfico 4**), en un período en el cual las innovaciones en el diagnóstico y tratamiento han inducido a una mejora en la supervivencia de las pacientes, con impacto sobre el descenso de las tasas de mortalidad.

Gráfico 2. Número de muertes por cáncer de mama en Argentina 1990-2017.



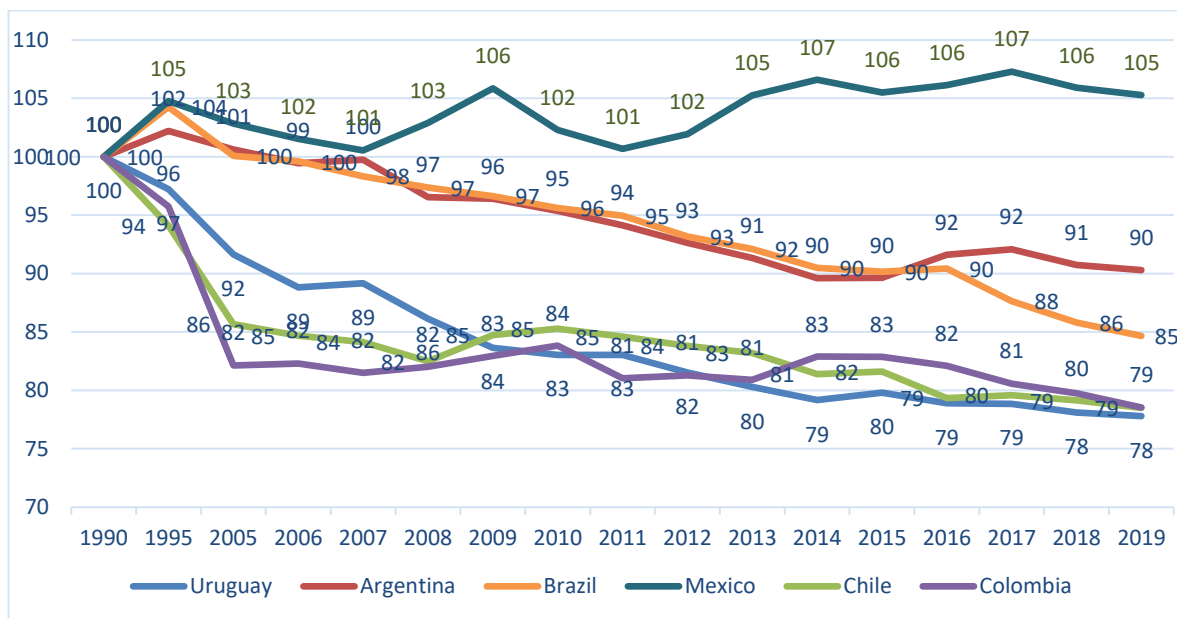
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DEIS.

Gráfico 3. Tasa de mortalidad específica por cáncer de mama cada 100.000 mujeres estandarizada por edad. 1990-2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos del GBD 2019.

Gráfico 4. Evolución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama para países seleccionados. 1990-2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos del GBD 2019.

Otra variable habitualmente utilizada para estimar la carga de enfermedad producida por una condición de salud son los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs). Esta medida da cuenta tanto de la mortalidad prematura (tomada en años) como de la discapacidad con la que se vive cada año. En el caso del cáncer de mama en Argentina, los AVADs se presentan en la **Tabla 2**. La carga de la enfermedad estimada para Argentina por cáncer de mama es de 207.961 años y representa el 3,5% del total de la carga de enfermedad en mujeres para dicho período, el 1,7% del total de AVADs estimados para Argentina en 12.586.383 y el 2,2% de los AVADs en enfermedades no transmisibles.

Es importante recalcar que el 0,38% de la población concentra el 1,7% de la carga de enfermedad en una patología que, diagnosticada oportunamente y tratada, tiene altas probabilidades de sobrevida.

Tabla 2. Años de vida ajustados por discapacidad por cáncer de mama (AVADs) – 2019 -

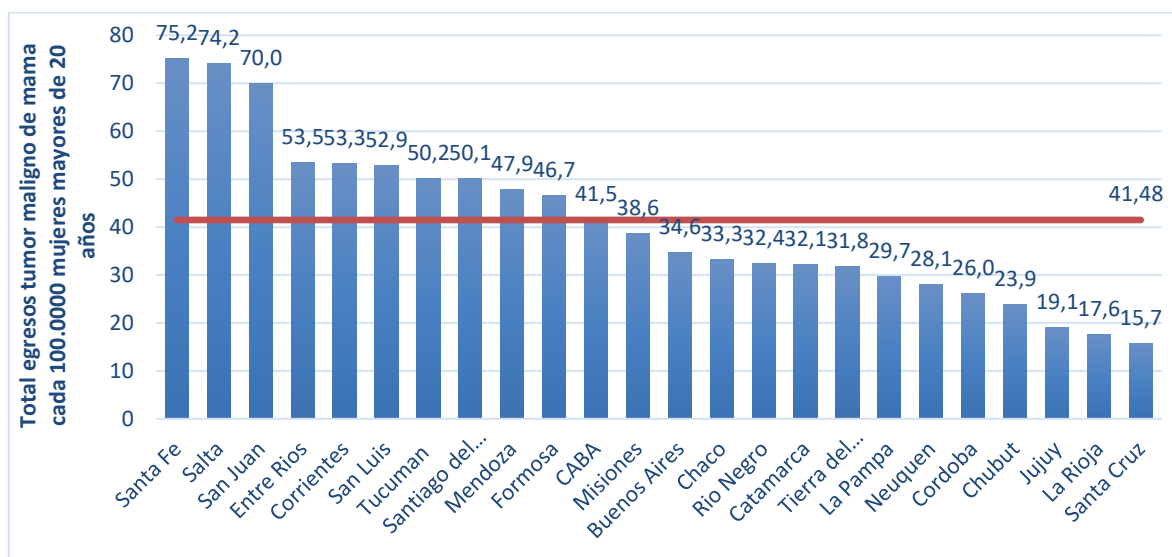
Grupos de edad	AVADs	Años de vida con discapacidad	Años de vida perdidos por muerte prematura
Menores de 20 años	276	17	259
20 a 54 años	74.409	3.954	70.454
55 a 89 años	129.250	8.064	121.186
Mayores a 89 años	4.026	208	3.819
Todas las edades	207.961	12.243	195.718

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del GBD 2019.

Finalmente, se analiza la tasa de egresos hospitalarios. En realidad, constituye un indicador muy general que aproxima imperfectamente a la morbilidad, ya que el número de egresos está afectado tanto por la demanda de servicios como por la oferta. No obstante, es útil para detectar que hay desigualdades entre provincias, aunque no pueda identificarse si esas diferencias se deben a factores relacionados con la demanda o con la oferta. Para tal fin, se construyeron tasas de egresos hospitalarios por neoplasia maligna de mama por cada 100.000 mujeres, para dar cuenta de las diferencias en el grado de uso de los servicios hospitalarios para la atención por cáncer de mama entre las provincias argentinas. Como puede observarse en el **Gráfico 5**, el promedio de egresos hospitalarios por cáncer de mama es de 41,5 por tumor maligno de mama por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años. Por otro lado, las diferencias en el número de egresos hospitalarios con diagnóstico de cáncer de mama entre provincias son muy significativas: la provincia que presenta la menor cantidad es Santa Cruz (16 egresos hospitalarios por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años) y la que mayor indicador registra es Santa Fe, con 75 egresos por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años.

Si bien no es posible aseverar las causas de las diferencias observadas entre provincias, es plausible que estén muy relacionadas con la capacidad de respuesta de cada sistema de salud y es necesario avanzar en relevamientos específicos que puedan identificar con mayor precisión en qué medida las desigualdades observadas se deben a discrepancias en la demanda o en la oferta.

Gráfico 5. Egresos hospitalarios por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DEIS.

2.2 EL CÁNCER DE MAMA COMO MODELO DE TUMOR PASIBLE DE INTERVENCIONES SANITARIAS EFECTIVAS

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, con una amplia variación en la morfología del tumor, las características moleculares y la respuesta clínica (**Figura 1**). Aunque la medicina siempre ha implicado el cuidado de las personas, una serie de innovaciones en los últimos 20 años está aumentando radicalmente la capacidad de los médicos para comprender los factores particulares que afectan a cada paciente, lo que permite planes de tratamiento y de prevención mucho más personalizados. Estas tendencias incluyen una capacidad cada vez mayor para recopilar y almacenar información de manera integrada con lo más importante en registros médicos electrónicos de pacientes individuales -que contienen todos los datos generados por las interacciones de una persona con un sistema de salud, así como por los propios dispositivos de seguimiento de un individuo-, y una mayor comprensión y capacidad para recopilar información del paciente a nivel molecular, comenzando con los perfiles genéticos de individuos, patógenos y tumores. Esta transición solo está comenzando, pero los avances ya presagian la magnitud del cambio posible.

Según la opinión de los expertos locales, el carcinoma ductal invasor -el tipo más común- representa aproximadamente el 70% de los tumores. En tanto, aproximadamente entre el 15% y el 20% de los tumores son carcinomas lobulillares invasivos. La evaluación del estado de expresión de los tumores del receptor de estrógeno (RE), el receptor de progesterona (PR) y el receptor 2

del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) se ha utilizado en la toma de decisiones clínicas durante muchos años. Desde principios de siglo XXI, el uso de tecnologías para demostrar la expresión de múltiples genes ha permitido definir con claridad subtipos moleculares con diferente valor pronóstico y predictivo. El trabajo de grupos colaborativos ha logrado agrupar a los tumores malignos de la mama en luminal A, luminal B, enriquecida con HER2 y de tipo basal. Ahora se ha establecido la importancia de distinguir entre cáncer de mama ER positivo y ER negativo en los estudios epidemiológicos de etiología y prevención (Perou, Sorlie y cols., 2001). Los estudios que relacionan los factores de riesgo con subtipos moleculares específicos de cáncer de mama son más recientes y han surgido varios hallazgos consistentes. Se han identificado varios subtipos de cáncer de mama triple negativo (es decir, ER negativo, PR negativo y HER2 negativo), pero aún no se han considerado en los estudios epidemiológicos.

Figura 1. Variables que inciden en el tratamiento

Subtipo de tumor	• Incluye estado de receptores de hormonas y estado del HER2
Estadio del tumor	• Estadio 0, I, II, III y IV
Presencia de marcadores genómicos	• Plataformas genómicas
Características del paciente	• Edad, estado de salud, condición menopáusica
Presencia de mutaciones en genes	• BRCA, P53

El cáncer de mama es pasible de diagnóstico precoz y es curable en la mayoría de los casos. Las tasas de curación para los tumores menores de 2 cm superan el 80%. Asimismo, el diagnóstico de tumores más pequeños permite aplicar tratamientos menos agresivos y de menor duración, por lo que se necesitarían menos mastectomías y quimioterapias. También disminuiría el impacto en esferas claves como fertilidad, desarrollo personal, secuelas del tratamiento a mediano y largo plazo y productividad laboral. Este concepto es de vital importancia con miras en la calidad de vida de la mujer, en la posterior rehabilitación psicosocial luego del tratamiento, y en el impacto económico sobre el sistema en su conjunto.

El mal pronóstico de las mujeres que reciben este diagnóstico en países periféricos depende de múltiples factores. En primer lugar, el volumen de la enfermedad al momento de la detección es un factor pronóstico clave en cáncer de mama. Las pacientes con tumores metastásicos tienen una supervivencia mediana de 24 meses con amplias variaciones según la biología de la enfermedad. Por lo tanto, la variable “estadio del diagnóstico” es crítica a la hora de establecer un programa que tenga como objetivo reducir la mortalidad. ***Aunque la pertinencia del enfoque***

terapéutico es otro factor crítico en la supervivencia, el mayor peso parecería estar en la relación entre la demora y el estadio clínico, según nos indican los expertos. Esto ha determinado que algunos países hayan establecido tiempos máximos para contar con el diagnóstico definitivo e inicio del tratamiento de una mujer con sospecha de cáncer de mama. En Chile, el sistema AUGE establece un máximo de 30 días para la confirmación diagnóstica ante una sospecha, 45 días para la estadificación desde la confirmación diagnóstica y 30 días para iniciar el tratamiento desde la misma (Gideon, Bitrán, Tristao, 2014). En otros lugares, el énfasis está en la reducción de los tiempos de espera para la cirugía.

Otro factor que limita las posibilidades de supervivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, tanto en países en vías de desarrollo como en las regiones más desprotegidas de los países desarrollados, es la falta de articulación entre el proceso de detección, el diagnóstico y el circuito terapéutico. En los estudios epidemiológicos, se puede establecer una asociación positiva entre el status socioeconómico y el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Para avanzar en el tratamiento de estas patologías es fundamental la continuidad de los cuidados, la adherencia de las pacientes al tratamiento y la minimización de las barreras estructurales, socioeconómicas y financieras que pudieran afectar negativamente dicha continuidad de cuidados.

El acceso a los medicamentos convencionales que se consideran esenciales para una atención óptima del cáncer de mama debería tender a una cobertura universal, al menos aquellos contenidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (por ejemplo, analgésicos y tamoxifeno). (OPS, 2020)

Ampliar el acceso a los medicamentos para el cáncer de mama más allá de los esenciales puede representar un desafío y el avance dependerá de los recursos disponibles y de las políticas explícitas que se definan.

En los últimos años, nuevas moléculas han sido aprobadas y han demostrado avances significativos en el manejo de diferentes subtipos de la enfermedad con beneficios de supervivencia global. Sin embargo, el mayor precio de estas terapias ha limitado el acceso (Barrios, 2020). En el cáncer de mama avanzado o metastásico con receptores hormonales positivos, la reciente introducción de inhibidores de CDK4/6 (CDK4/6) ha mostrado significativas mejoras en la supervivencia libre de progresión (SLP) y en algunos casos supervivencia global (SGSG), sobre todo en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptores hormonales positivos y HER2+. En este grupo de mujeres, la terapia endocrina con la combinación de supresión de la ovárica, un inhibidor de la aromatasas y el inhibidor de CDK4/6 ribociclib ha cambiado el estándar de atención, y demostrado un beneficio clínicamente significativo en comparación con la terapia endocrina (IM

SA, 2019). Si bien estas terapias están disponibles en Argentina, existe a la fecha una desigualdad importante en el acceso a los tratamientos, principalmente en el sistema público. Vale el mismo ejemplo con inhibidores de checkpoints inmunológicos.

2.3 EL CÁNCER Y LA MEDICINA PERSONALIZADA Y DE PRECISIÓN

Desde hace algunos años, el avance de la medicina ha permitido distinguir subgrupos de pacientes. En el caso de cáncer de mama, se ha podido diferenciar entre pacientes ER positivo y ER negativo y, recientemente, por subtipos moleculares específicos. Por ejemplo, se han identificado varios subtipos de cáncer de mama triple negativo (es decir, ER negativo, PR negativo y HER2 negativo). Esto ha permitido aumentar radicalmente la capacidad de los médicos para comprender los factores particulares que afectan a cada paciente, lo que permite planes de tratamiento y prevención mucho más personalizados. Esta gestión de la enfermedad informada por la evaluación de biomarcadores, especialmente el uso de herramientas de elaboración de perfiles genéticos o moleculares, se denomina “medicina de precisión”, y las intervenciones de salud personalizadas están aumentando en número y en disponibilidad en gran parte del mundo, incluida América Latina.

La disponibilidad de información clínica y su procesamiento han permitido avanzar en definir perfiles genéticos de individuos, patógenos y tumores. Las combinaciones únicas de proteínas, bacterias y herencias no genéticas en cada paciente, junto con las herramientas analíticas cada vez más poderosas, también están personalizando la medicina. Esta transición solo está comenzando, pero los avances ya presagian la magnitud del cambio posible. El mayor avance hasta ahora se da en oncología y en el campo de las enfermedades raras.

Para ciertos tipos de cáncer, en particular los de mama y pulmón, el uso de biomarcadores para informar el tratamiento dirigido se ha convertido en el estándar de abordaje. Además, las estrategias terapéuticas con información genómica independientemente del tejido de origen -las denominadas “indicaciones agnósticas del tumor”- también están desempeñando un papel importante en el panorama cambiante del tratamiento del cáncer. Incluso en el área de las enfermedades transmisibles, las herramientas personalizadas están ayudando en la lucha contra algunos de los enemigos más antiguos de la humanidad, en particular la tuberculosis, así como más recientemente la infección por COVID-19.

Sin embargo, el desafío en muchos de nuestros países no será la provisión de medicamentos de precisión a aquellos en la población con importantes recursos financieros (eso ya está sucediendo), sino asegurar el acceso de manera sustentable a dicha innovación para la población

en general. La promesa de la atención médica personalizada -que incluye tratamientos específicos, diagnósticos avanzados y análisis a gran escala de datos de salud-, es la mejora de los resultados del paciente y una reducción de los costos de atención a largo plazo. Otra tendencia es una mayor comprensión de la ciencia genética y molecular. El Proyecto del Genoma Humano se completó en 2003 y, desde entonces, ha crecido rápidamente la comprensión de las implicaciones médicas de los genes y las interacciones entre ellos, no solo en individuos humanos, sino también dentro de varios patógenos y tumores.

La velocidad con la que se puede determinar la composición genética de las células de todo tipo también se ha acelerado enormemente. Una serie de nuevas tecnologías, conocidas colectivamente como “secuenciación de próxima generación” hacen posible, en un día, secuenciar el ADN completo de un individuo (secuenciación del genoma completo) o solo aquellas partes que producen proteínas (secuenciación del exoma completo). Otros enfoques relevantes, como la epigenómica (el estudio de los cambios en las características hereditarias que no implican modificaciones en la propia secuencia del ADN), la proteómica (el estudio de la colección de proteínas en un individuo), la bacteriómica (el estudio de todas las bacterias que viven en un organismo humano) o farmacogenómica (el estudio de cómo los genes afectan la respuesta de una persona a las drogas), pueden ser relevantes para la salud humana y la reacción a los riesgos de salud, enfermedades o medicamentos.

Todo ello hace que ya no exista una única enfermedad llamada “cáncer de mama”, sino que ahora significa una de al menos cinco enfermedades con evolución y manejo totalmente diferentes. Esta mayor comprensión a nivel molecular, tanto del paciente como de la enfermedad, ya está remodelando algunas áreas de la medicina. Sin embargo, para toda nuestra región, en el contexto de la postpandemia, y en especial en países de ingresos bajos y medianos y para poblaciones específicas en entornos de ingresos altos, muchos de estos avances son solo una aspiración.

3 LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO AL CÁNCER DE MAMA

El sistema de salud en Argentina está compuesto por tres proveedores principales: el sistema público, los seguros privados y los de la seguridad social. El primero brinda cobertura universal, incluido el acceso a hospitales públicos e instalaciones de atención primaria, a todas las personas de forma gratuita, y se financia con cargo al presupuesto estatal. El seguro de salud de la seguridad social es proporcionado a los trabajadores y sus dependientes. Está financiado por una contribución salarial obligatoria de los empleados y empleadores. Algunas personas optan por contratar planes de salud privados (un grupo de seguros médicos prepagos).

El Plan Médico Obligatorio exige que todos los tratamientos relacionados con el cáncer se proporcionen sin costo a los pacientes cubiertos por un seguro médico privado o de la seguridad social nacional (obras sociales nacionales). Los pacientes sin seguro médico dependen de los hospitales públicos y del suministro de medicamentos por parte del Estado para la atención del cáncer. Aunque la cobertura de atención médica y tratamientos relacionados son obligatorios, el acceso oportuno y la calidad de la atención pueden diferir sustancialmente en este sistema segmentado e inequitativo.

El control del cáncer de mama implica la movilización de una amplia gama de recursos. Por un lado, educativos, que tengan eficiente llegada a la población con mensajes culturalmente adaptados que propicien conductas saludables, y recursos sanitarios que desarrollen acciones oportunas para el tamizaje de la cantidad máxima de mujeres en grupos de riesgo. Por otro lado, las actividades de detección precoz deben estar articuladas con las áreas médicas encargadas del estudio de las pacientes con hallazgos positivos y de direccionar los casos dentro del sistema para que, en el menor tiempo posible, se descarte o confirme la presencia de cáncer y se inicien las terapias adecuadas para cada situación clínica. Finalmente, son imprescindibles recursos logísticos que permitan el adecuado monitoreo y control de calidad de todo el proceso.

Actualmente, el país cuenta con el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNCM) dentro del Instituto Nacional del Cáncer (INC), cuyo objetivo es reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad y promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres en riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama (INC, 2020).

Desde su creación en 2011, el INC ha generado periódicamente guías de prevención, detección precoz y tratamiento, las cuales se hallan a disposición del público en general. Dichas guías, sin embargo, deben compatibilizarse con las utilizadas por sociedades científicas y otros sectores de la administración pública. La Argentina carece de indicadores globales de cómo se utilizan estas guías y la forma en que son implementadas por efectores o financiadores y cuál ha sido su impacto.

Por otro lado, el cáncer de mama es una de las líneas de cuidado priorizadas por el Programa SUMAR del Ministerio de salud, pero únicamente incluye prestaciones de promoción, prevención y diagnóstico.

Estudios previos muestran una respuesta muy desigual por subsectores, la cual se ve reflejada tanto en la cobertura de tratamientos farmacológicos (detallada en la sección 4.1), como en las modalidades de tratamiento y en los tiempos de demora.

Un estudio publicado en 2019 (Recondo, 2019) muestra diferencias muy significativas respecto del estadio en el que llegan las mujeres a ser atendidas, de la modalidad de tratamiento (adyuvancia, neoadyuvancia, paliativo) y de los tiempos de demora para acceder al tratamiento quirúrgico y farmacológico-quirúrgico:

- Mientras que en el sector privado se estima que el 3% de las pacientes llega en estadio IV de la enfermedad, en el sector público puede alcanzar el 10%.
- Mientras que en el sector privado el 74% es de modalidad adyuvante, en el sector público solo el 27%. La terapia paliativa es un 13% en el público en comparación con un 3% en el privado.
- Mientras que en el sector privado el tiempo promedio de demora desde el diagnóstico hasta la cirugía es de 18 días, en el sector público es de 50 días.

3.1 POLÍTICA DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER DE MAMA EN ARGENTINA

No existe una política clara de cobertura de medicamentos oncológicos en Argentina, con lo cual los medicamentos incluidos para el tratamiento del cáncer de mama no cuentan con protocolos explícitos nacionales de cobertura.

En este sentido, la cobertura asegurada para la población dependerá de la cobertura en salud que la misma tenga en ese momento. A grandes rasgos, podremos dividir la cobertura en salud en tres grandes subsectores: subsector con cobertura exclusiva pública, subsector de seguridad social y subsector con cobertura por entidades de medicina prepaga.

Tabla 3. Síntesis de medicamentos cubiertos según subsector

SUBSISTEMA	PÚBLICO	OBRAS SOCIALES NACIONALES	EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA	OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	PAMI
Quimioterapia Citotóxica	SÍ	SÍ***	SÍ***	SÍ	SÍ
Hormonoterapia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Trastuzumab	SÍ*	SÍ**	SÍ	SÍ	SÍ
Pertuzumab	SÍ*	SÍ**	SÍ	SÍ	SÍ
Trastuzumab Emtansine	SÍ	SÍ**	SÍ	SÍ	SÍ
Inhibidores BCRA	NO	NO	Casos especiales	NO	NO
Inmunoterapia	NO	NO	Casos especiales	Casos especiales	Casos especiales
Inhibidores CDK	Casos especiales vía DADSE e INCLUIR SALUD	Casos especiales	Casos especiales	Casos especiales	SÍ

* Banco de drogas de la Nación – Bancos de drogas Provinciales

** Sistema Único de Reintegro

*** No definido de manera formal, pero se da en la práctica sin inconvenientes

3.1.1 Subsistema público

Si se aborda el subsistema público, se debe consignar la Resolución 747-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, la cual rige la creación del actual Banco de Drogas Oncológicas. Dicho banco supone la dispensa de medicación para personas sin otro tipo de cobertura que la pública, que se atienden en efectores de salud públicos.

El Banco Nacional de Drogas Oncológicas publica un listado de productos incluidos para la cobertura¹. Dentro del listado, específicamente aplicados al manejo del cáncer de mama, se detalla que no se encuentran incluidas terapias más novedosas dirigidas contra Her2, fulvestrant, o inhibidores de ciclinas.

A su vez, existe superposición de cobertura con la existencia de bancos de drogas provinciales, los cuales también aseguran la provisión de medicamentos a personas residentes del territorio, sin otra cobertura asistencial (el Programa Incluir Salud da provisión de medicamentos a través de los bancos provinciales).

Analizaremos los casos de las siguientes provincias:

- **BUENOS AIRES.** Banco de drogas oncológicas de la Provincia de Buenos Airesⁱⁱ: posee un vademécum mucho más extenso que el del Banco de Drogas de Nación, incluidas opciones de tratamiento para enfermedad Her2+. No existen tratamientos específicos para enfermedad Her2 – en contexto de enfermedad avanzada.
- **CÓRDOBA.** No se localiza un banco centralizado de provisión de medicamentos oncológicos, por lo cual los mismos son brindados exclusivamente a través de efectores públicos de orden nacional, provincial o municipal.
- **SANTA FE.** Provee medicamentos oncológicos a través de compras mediante licitaciones a nivel zonal. Además, se registran compras mediante licitaciones municipales. No se han localizado listados específicos donde se detallen productos incluidos ni normativas de utilización.
- **MENDOZA.** Cuenta con el Programa Apoyo al Paciente Oncológico, el cual incluye entre sus objetivos la provisión de drogas citostáticas y anticuerpos monoclonales. El programa estipula la inclusión de toda la población sin cobertura por otro tipo de seguros, aunque no se localiza un listado de productos explícitamente incluidos.
- **JUJUY.** La provincia ha determinado la creación del Programa de Atención Integral al Paciente Oncológico, el cual funciona como un articulador con el Banco de Drogas Oncológicas Nacionales. No están determinadas fuentes de financiamiento externas al mismo para medicamentos.
- **SALTA.** No se prevé mecanismo formal de financiamiento a nivel provincial para pacientes oncológicos en general. Se ha creado un mecanismo intersectorial para el seguimiento y tratamiento de pacientes con cáncer infantojuvenilⁱⁱⁱ.

3.1.2 Subsistema de Seguridad Social Nacional y Empresas de Medicina Prepaga

La cobertura de medicamentos para las Obras Sociales Nacionales y para las Entidades de Medicina Prepaga se encuentran determinadas por el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Respecto de la cobertura de medicamentos oncológicos, se estima pertinente remarcar que el PMO vigente es el publicado mediante resolución N° 1991/05 del Ministerio de Salud (MSAL), refrendado por resolución N° 1714/07, también del MSAL. En el ANEXO II de la Resolución N° 201/02, documento inicial del actual PMO, en su apartado denominado “Catálogo de Prestaciones”, se establece la cobertura de los distintos tipos de medicaciones.

Para la cobertura de medicamentos oncológicos, el PMO indica en su Anexo I, apartado 7º: “...tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios, a cargo del Agente del Seguro de Salud, los medicamentos que a continuación se detallan y los que la autoridad de aplicación incorpore en el futuro: ... medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación...”.

Los Protocolos Nacionales Convencionales en Oncología Clínica, Oncohematología y Oncopediatría aprobados por el Ministerio de Salud (autoridad de aplicación) fueron publicados en abril de 2001 mediante Resolución MSAL N° 435/01. No obstante, posteriormente fueron suspendidos en su aplicación por la Resolución MSAL N° 157/02.

A la fecha, no existe un listado de medicación oncológica cuya cobertura sea obligatoria para las obras sociales, empresas de medicina prepaga u otro sistema. La administración debe llevarse a cabo de acuerdo con la indicación particular del/los profesional/es actuante/s, siempre que esta se adecue al caso particular y que su uso esté aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para el caso en cuestión.

Para el caso específico de las obras sociales nacionales, cabe señalar que mediante la Resolución SSSalud N°1200/2012 se creó el Sistema Único de Reintegro (SUR) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud (de acuerdo con lo previsto en el art. 24 de la Ley N°23.661), con la modalidad establecida en los ANEXOS I y II de dicha norma, para el reconocimiento de las prestaciones médicas de **baja incidencia y alto impacto económico**.

Posteriormente, la Resolución SSSalud N°1200/12 fue modificada por la Resolución SSSalud N°1561/12, la cual instituyó el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, con el objeto de velar por la introducción de tecnologías novedosas en el sistema de salud.

Actualmente, se encuentra en vigencia la Resolución SSSalud N°400/16, con las modificaciones que le introdujo y la Resolución SSSalud N°46/17, mediante las cuales se aprueban las normas generales y el procedimiento que los agentes del seguro deberán cumplimentar para solicitar los reintegros ante el Sistema Único de Reintegros.

3.1.3 Otras obras sociales

Tanto las obras sociales provinciales como las denominadas “especiales” (Fuerzas Armadas, Universidades Nacionales, entre otras) determinan de manera autónoma sus propias coberturas.

3.1.4 Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) determina con base en procesos de análisis las prestaciones que da a su población beneficiaria. En el caso específico de medicamentos, el Instituto determina aquellos principios activos a los que dará cobertura, mediante convenios que celebra con la industria farmacéutica para la adquisición a precios preferenciales y distribución a través de canales logísticos.

Respecto de medicamentos ambulatorios, la cobertura es variable y existe la alternativa de cobertura del 100% (hasta 4 prescripciones) para aquellas personas afiliadas que no puedan pagar el importe del fármaco con el descuento habitual, por razones sociales.

En cuanto a la medicación oncológica, PAMI brinda a las personas afiliadas la cobertura del 100%. Es obligación la indicación en receta electrónica y los remedios deben ser prescritos con base en el principio activo genérico.

4 ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN ARGENTINA A JEFES DE SERVICIOS DE HOSPITALES PÚBLICOS

En función de la limitada información disponible en Argentina respecto de los factores que pudieran explicar los resultados de carga de enfermedad, mortalidad y sobrevida a 5 años de las pacientes con esta patología en el contexto local presentados en la sección anterior, se decidió realizar un abordaje cualitativo con el objetivo de explorar la percepción de los médicos tratantes sobre la calidad de la atención a las mujeres con cáncer de mama y las principales barreras que ellos perciben.

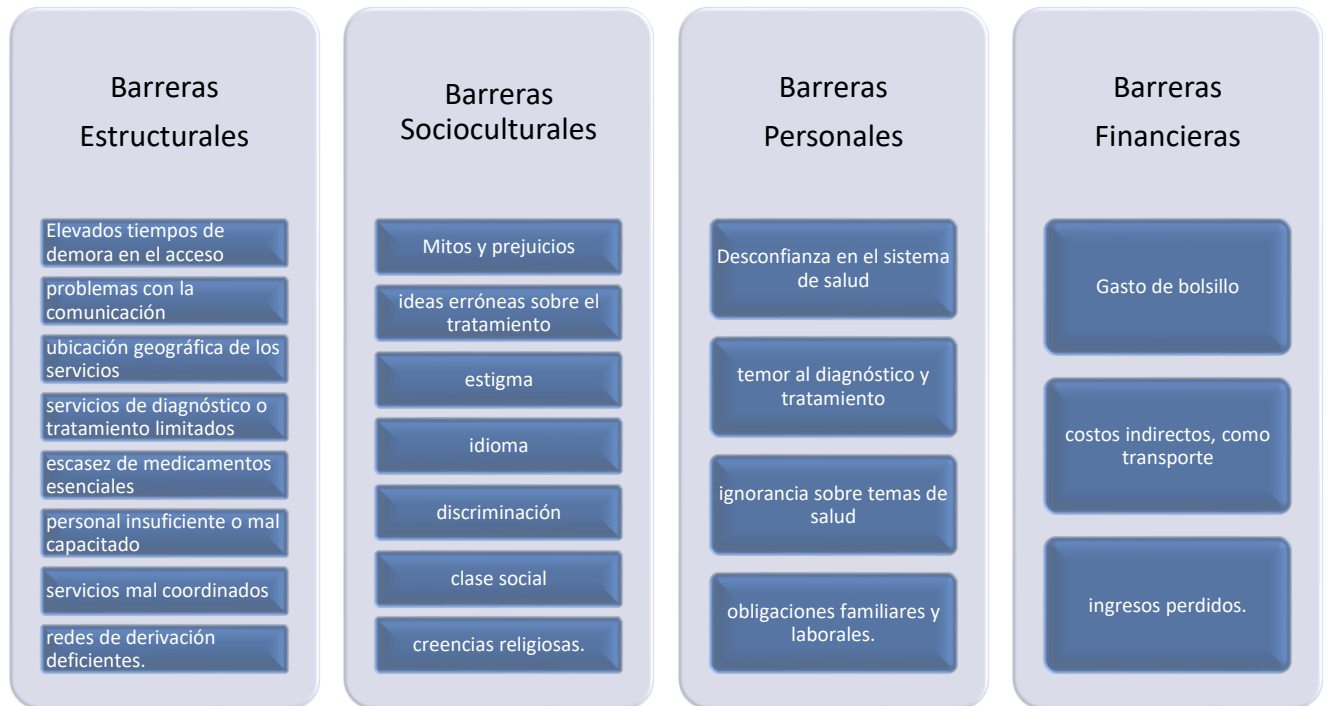
Para eso, se presenta en la sección 4.1 una revisión no sistemática de la literatura que sintetiza los estudios encontrados sobre barreras de acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento y, en la sección 5.2, los resultados de la encuesta de fortalezas y debilidades en el proceso de atención desde la experiencia del médico tratante.

4.1 REVISIÓN DE LA LITERATURA

A lo largo del continuo de atención del cáncer, se erigen numerosas barreras para el acceso oportuno y equitativo, las cuales influyen negativamente sobre los resultados. Dada la mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama que tiene la Argentina respecto del promedio de los países de Latinoamérica, identificar dichas barreras y reducir las disparidades en el acceso es esencial para producir mejoras (OPS, 2020).

Las barreras al diagnóstico y tratamiento oportuno son multicausales y pueden desagregarse en estructurales (principalmente relacionadas con el funcionamiento del sistema de salud), y socioculturales, personales y financieras, tal como se presenta en la **Figura 2**.

Figura 2. Barreras al diagnóstico y tratamiento oportuno



Fuente: Elaboración propia con base en estudios relevados.

Como puede observarse en la **Figura 3**, las barreras estructurales están muy relacionadas con la oferta de servicios y con la calidad de los mismos, mientras que las socio-culturales y personales lo están con el nivel educativo, con la posición socioeconómica de la mujer y con el entorno familiar y laboral.

Por otro lado, el gasto de bolsillo está impactando cada vez más en los países de ingresos medios y bajos para acceder a los tratamientos, lo cual impide a muchas mujeres solicitar atención y generan desigualdad. Es más probable que las mujeres soliciten atención si tienen un seguro de enfermedad o suficientes recursos económicos propios (OPS, 2020).

A continuación, se presentan algunos estudios cuali-cuantitativos acerca de demoras y barreras percibidas y declaradas en distintos ámbitos, identificadas con metodologías disímiles y que tomaremos como marco de referencia de nuestro análisis específico.

Tabla 4. Barreras percibidas al diagnóstico y tratamiento oportuno.

País	Publicado en	Título	Autor	indicador	Barreras socioculturales	AÑO	Tamaño muestral	Esquema Muestral
Mexico	Salud Publica Mex 2009;51 supl 2:S254-S262.	Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca	Instituto Nacional de Salud Pública de Mexico	cualitativo	Barreras de acceso al diagnóstico: 1) falta de información médica 2) Relación con médicos tratantes 3) Relación con pareja apoyo en el tratamiento	2008	13 mujeres	grupos focales de pacientes y directores de servicios
Argentina	Investigación FUCA	CONCIENTIZACIÓN DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	Instituto Alexander Fleming	porcentaje	Obstáculos de mujeres que no concurren al médico entre 2008 y mediados del 2009 54% no concurre al medico porque no tuvo problemas de salud 25,4% porque no tuvo/tengo tiempo	2009	784	Muestreo aleatorio estratificado

Tabla 5. Revisión de estudios sobre tiempos de demora en diagnóstico y tratamiento en pacientes con cáncer de mama

País	Publicado en	Título	Autor	Indicador	Unidad de tiempo	TDI Tiempo Demora Total	PDI Tiempo Demora del Paciente	SDI Tiempo Demora del Sistema	AÑO	Esquema Muestral
Turquía	The European Journal of Public Health Advance Access published August 5, 2014	Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Breast Diseases Societies	Federación Turca de Sociedades de Enfermedades de la Mama	Promedio	semanas	13,8	4,8	10,5	2011-2012	Muestra aleatoria por Conglomerados
Corea del Sur	CANCER RESEARCH AND TREATMENT (CRT)	Delay of Treatment Initiation Does Not Adversely Affect Survival Outcome in Breast Cancer	National University College of Medicine	Mediana	días			23	2005-2008	Total pacientes atendidos en el período menos los excluidos (554)
Colombia	Salud Pública Mex 2009;51:372-380	Patient delay among Colombian women with breast cancer	Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia. Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia	Porcentaje	< 1 mes >1 mes y < 3 meses >3 meses		65,9% < 1 mes 13,8% >1 mes y < 3 meses 20,3% más de 3 meses		2009	Muestra voluntaria
Perú	EsSALUD CUSCO	DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: FACTORES DE LA PACIENTE, HOSPITAL EsSALUD CUSCO 1986-1999	Hospital EsSalud Cusco	Promedio	mes		8,9 meses		1986-1999	Muestreo de conveniencia

País	Publicado en	Título	Autor	Indicador	Unidad de tiempo	TDT Tiempo Demora Total	PDT Tiempo Demora del Paciente	SDT Tiempo Demora del Sistema	AÑO	Esquema Muestral
Argentina	Primera ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2010	Cáncer de mama en Argentina: Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación Programa Nacional y Programas Provinciales	María Viniegra; Melisa Paolino; Silvina Arrossi	Rango	días			Turno mamografía: 2-7 días. Demora resultados: 7-15 días	2010	Relevamiento total
Argentina	Revista Argentina de Mastología 2013; 32(115): 186-206	ESTUDIO DE LAS BARRERAS DE ACCESO Y SU IMPACTO SOBRE LA DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL CÁNCER DE MAMA Experiencia en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital J A Fernández	Hospital J A Fernández, Instituto Nacional del Cáncer	promedio y mediana	mes		Estipulado <=1 mes	Estipulado <=3 meses Promedio 3 meses Mediana 2,5 meses	2013	Todas las pacientes atendidas en el 2011
Argentina	International Journal for Quality in Health Care, 2019, 31(9), 682–690	Access of patients with breast and lung cancer to chemotherapy treatment in public and private hospitals in the city of Buenos Aires	GONZALO RECONDO, CÉSAR COSACOW, et.al	Mediana	días			Quimioterapia 76 días público 60 días privado Aduvancia 130 público 64 privado Neoadyuvancia 57 público 26 privado	2016-2017	Muestreo de conveniencia
Estados Unidos	ANNALS OF SURGERY	Delay in Diagnosis of Breast Cancer	Mount Sinai Medical Center, New York	Porcentaje	meses			Demora en diagnóstico 92% < 3 meses y 8% >3meses		Total de pacientes con demora

País	Publicado en	Título	Autor	Indicador	Unidad de tiempo	TDT Tiempo Demora Total	PDT Tiempo Demora del Paciente	SDT Tiempo Demora del Sistema	AÑO	Esquema Muestral
Gran Bretaña e Irlanda	Association of Surgeons of Great Britain and Ireland	Diagnostic delay in breast cancer	Edinburgh Breast Unit, Western General Hospital, Crewe Road South, Edinburgh EH4 2XU, UK	cantidad total	meses			72 pacientes con demora diagnóstica > 2 meses (1988-1999) 641 pacientes atendidas entre 1999 y 2001	1988-2001	Todas las pacientes atendidas entre 1988 y 2001 en Edimburg Breast Unit

4.2 FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DESDE LA EXPERIENCIA DEL MÉDICO TRATANTE

El proceso de atención del cáncer de mama, analizado a través de información acumulada en registros de historias clínicas y bases de datos públicas y privadas, no contempla aspectos cualitativos que hacen a la percepción e información de las causas que determinan la calidad de dicha atención y que agregan una información clave para la implementación de mejoras en los resultados del tratamiento.

La hipótesis de trabajo de la que partimos es que existen barreras estructurales, socioculturales, personales y financieras que necesitamos identificar y/o confirmar para planificar una mejor atención.

Para recoger estas opiniones y percepciones cualitativas hemos instrumentado una encuesta por muestreo con preguntas abiertas y estructuradas, dirigidas a uno de los grupos protagonistas de esta experiencia: el constituido por los referentes en la atención en entidades públicas y privadas.

Establecimos contacto con jefes de servicios de Oncología y Patología Mamaria en el ámbito público, de la seguridad social y privado cuya incumbencia especial y sectorial se informa en el cuadro de composición de la muestra en Aspectos Metodológicos.

4.2.1 Análisis de las barreras identificadas por los referentes en la atención de mujeres con cáncer de mama.

El objetivo de la encuesta fue conocer las fortalezas y debilidades con las que el equipo médico se encuentra en la atención de pacientes con cáncer de mama en distintas instituciones médicas del país, para conformar una propuesta a nivel global que pueda servir para obtener un mejor servicio al usuario. Se buscó obtener información sobre la calidad del proceso de detección y atención del cáncer de mama, sus principales barreras y dificultades, la cobertura y acceso efectivo a diagnóstico oportuno y distintos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, la existencia de demoras en el proceso y los estadios de las mujeres que acceden a los servicios, incluido el de la enfermedad.

El sondeo a referentes está centrado en la información y opinión suministrada por un panel de expertos, en su mayoría jefes de servicios, que atienden pacientes con cáncer de mama, seleccionados de instituciones representativas de distintos entornos geográficos con enfoques de los subsectores público, de la seguridad social y privado y que, a su vez, presentaron su compromiso de colaboración con los objetivos de la investigación. La encuesta se implementó en formulario online recopilado a través de enlace web o correo

electrónico. La presente sección se organiza siguiendo los grandes temas abordados en la encuesta:

I. Caracterización de la muestra

- i. Características de las instituciones y médicos encuestados
- ii. Características de las pacientes tratadas en los centros encuestados

II. Percepción sobre la calidad de la atención

- i. Percepción global de las barreras en la atención y principales inconvenientes
- ii. Disponibilidad de herramientas de calidad en la atención y seguridad del paciente, educación del paciente, continuidad de atención frente al abandono
- iii. Métodos de detección adecuados
- iv. Disponibilidad de infraestructura asistencial (mamógrafo, quirófanos, laboratorios, radioterapia)
- v. Disponibilidad y administración de medicamentos
- vi. Conducta prescriptiva
- vii. Tiempos de espera

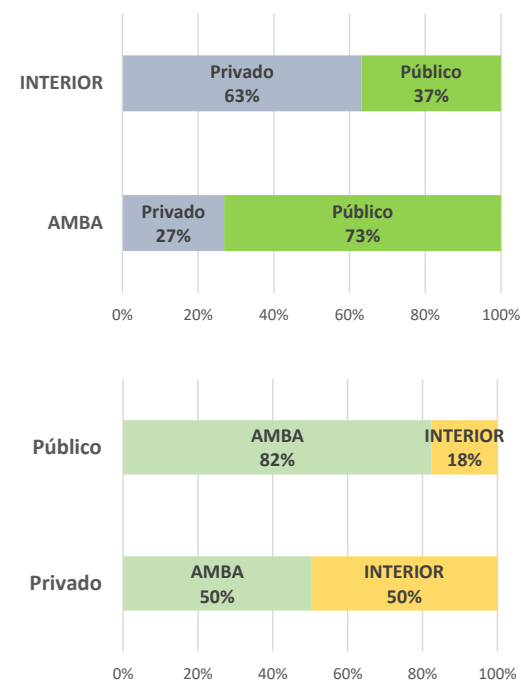
III. Síntesis y conclusiones

I. Caracterización de la muestra

La encuesta fue respondida por 22 referentes, uno por cada una de las instituciones alistadas en la **Tabla 6**. Se buscó tener representatividad regional y por subsectores. De las participantes, 12 de las 22 instituciones corresponden a CABA y el resto al AMBA e interior del país.

Tabla 6. Muestreo de instituciones, localización y subsector, alcanzadas por la encuesta

TOTAL 22 entidades 40037 pacientes atendidos 2019	Localización		Subsector	Nombre de la Institución	Ciudad/Región
	AMBA 16 entidades 28152 pacientes	CABA 12 entidades 21451 pacientes	SEG SOC/PRIVADO 5 entidades 7323 pacientes	Sanatorio Finochietto	CABA
Centro Orionis				CABA	
Instituto Oncológico Henry Moore				CABA	
Clínica San Camilo				CABA	
Union Personal/Accord Salud				CABA	
PUBLICO 7 entidades 14128 pacientes			Hospital Oncológico Marie Curie	CABA	
			Hospital Santojanni	CABA	
			Hospital RamosMejia	CABA	
			Hospital Durand	CABA	
			Hospital Juan A Fernandez	CABA	
			Hospital General de Agudos Cosme Argerich	CABA	
			Instituto Roffo	CABA	
GBA 4 entidades 6701 pacientes		SEG SOC/PRIVADO 1	Hospital Universitario Austral	GBA Norte	
		PUBLICO 3 entidades 6451 pacientes	Hospital Zonal General de Agudos Enrique Erill	GBA Norte	
			Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas"	GBA Oeste	
			Hospital Zonal Especializado de Oncología Lanús	GBA Sur	
INTERIOR 6 entidades 11885 pacientes		SEG SOC/PRIVADO 2 entidades 7502 pacientes	Leben Salud	R Negro y Neuquen	
	Clínica Pasteur		Neuquen		
	PUBLICO 4 entidades 4383 pacientes	Hospital de Alta Complejidad	Formosa		
		Hospital Jaime Ferre	Rafaela		
		Hospital Centenario	Rosario		
		Centro de Especialidades Médicas			
		Ambulatorias	Santa Fe		



i. Características de las instituciones y médicos encuestados

Los encuestados fueron en su totalidad oncólogos, de los cuales 2 tienen doctorado y 1 es profesor emérito; 1 es el director general de la institución encuestada; 1, el jefe del centro de patología mamaria; 1, el jefe del área de oncología; 4 son jefes del servicio de patología mamaria y mastología y 15 son jefes del servicio de oncología (**Gráfico 6**). Respecto de la experiencia en el cargo, existe un conjunto de referentes con una trayectoria de 10 años o más (45%). Si se suman los que integran el tramo con antigüedad de 5 a 10 años, concentran un 77% de encuestados con antecedentes significativos para aportar a la investigación. En el sector público predomina el grupo con antigüedad mayor de 10 años y en el privado, el grupo con entre 1 y 5 años (**Gráfico 7**).

Gráfico 6. Servicio que dirige el entrevistado

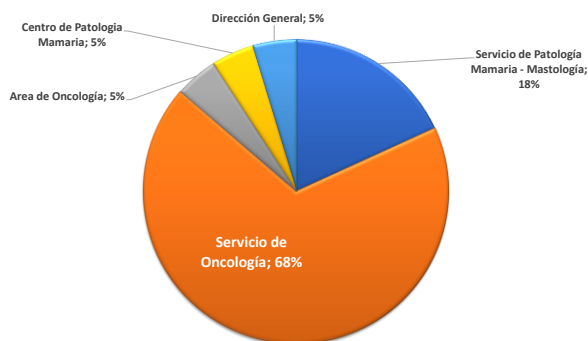
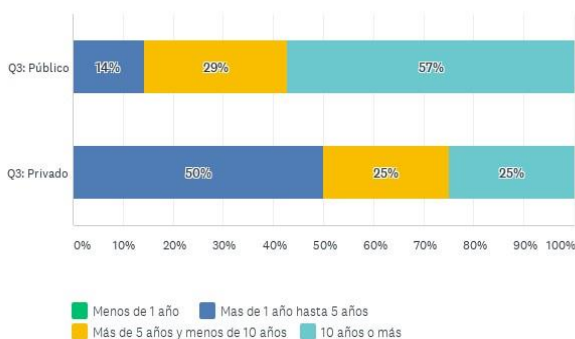


Gráfico 7. Experiencia de los entrevistados en el cargo.

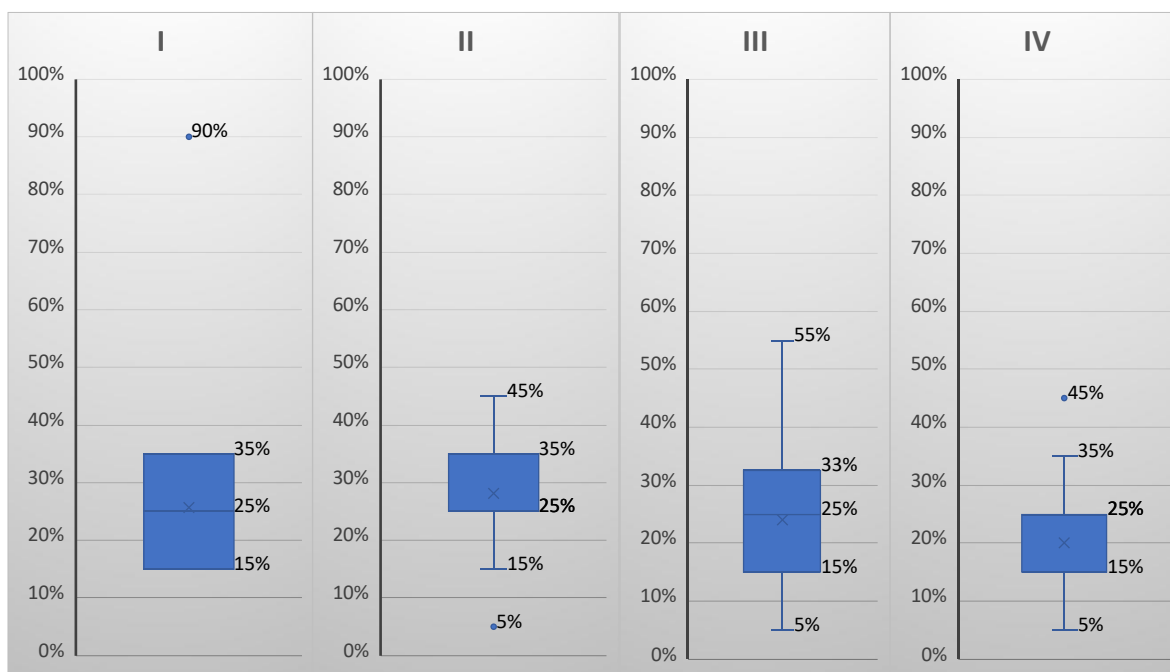
P7 Antigüedad en años en el cargo



ii. Características de las pacientes tratadas en los centros encuestados

En total, los servicios incluidos en la muestra atendieron a 40.037 pacientes, 24.962 en el sector público y 15.075 en el sector privado. Se preguntó sobre las características de las mujeres atendidas, principalmente respecto del estadio de la enfermedad. Los resultados se presentan en el **Gráfico 8** para el total de la muestra y en el **Gráfico 9**, desagregados entre sector público y privado. La mediana para los cuatro estadios es del 25%, es decir que para cada estadio el 50% de los consultados indican que las mujeres atendidas es 25% o menos y el otro 50% indica que es 25% o más.

Gráfico 8. Estadificación del cáncer de mama observada en las mujeres atendidas en el servicio durante 2019



Los resultados fueron contundentes respecto de las diferencias entre el sector público y el privado. Tal como se presenta en el **Gráfico 9**, mientras que los encuestados del sector privado respondieron que en promedio el 14% de las mujeres atendidas se encuentran en estadio IV, dicho porcentaje se incrementa al 31% en el sector público.

Gráfico 9. Porcentaje promedio de mujeres atendidas por estadio y subsector

TOTAL		
	ESTADIO I	27%
	ESTADIO II	29%
	ESTADIO III	23%
	ESTADIO IV	18%
PUBLICO	ESTADIO I	17%
	ESTADIO II	28%
	ESTADIO III	30%
	ESTADIO IV	31%
PRIVADO	ESTADIO I	42%
	ESTADIO II	30%
	ESTADIO III	11%
	ESTADIO IV	14%

Cuando se pregunta acerca de las tres principales causas de encontrar estadios avanzados en la primera consulta, en su mayoría las respuestas (**Gráfico 10**) tienen estrecha relación con la educación y la promoción de la salud, las cuales conforman alrededor del 60% de las causas. En el cuarto lugar se menciona con mayor preponderancia la postergación por problemas laborales. Este análisis causal es de vital importancia, ya que es fundamental en los resultados de sobrevida alcanzados, en tanto hay coincidencia respecto de la elevada correlación entre diagnóstico temprano y sobrevida a los cinco años, tal como se presenta en el **Gráfico 11**. La mediana del porcentaje estimado de sobrevida a 5 años en estadios tempranos es del 85%, mientras que la mediana del porcentaje estimado de sobrevida a 5 años en estadios avanzados es del 25%. Algunos estudios realizados en países desarrollados señalan que la tasa de supervivencia relativa a 5 años fue mayor a la del resultado de la encuesta (98,6%), en coincidencia con la de las pacientes diagnosticadas en estadios avanzados, que apenas fue del 25,9% (Blumen et al., 2016).

Gráfico 10. Causas de encontrar estadios avanzados del cáncer de mama en pacientes de primera vez en 2019 - criterio del encuestado.

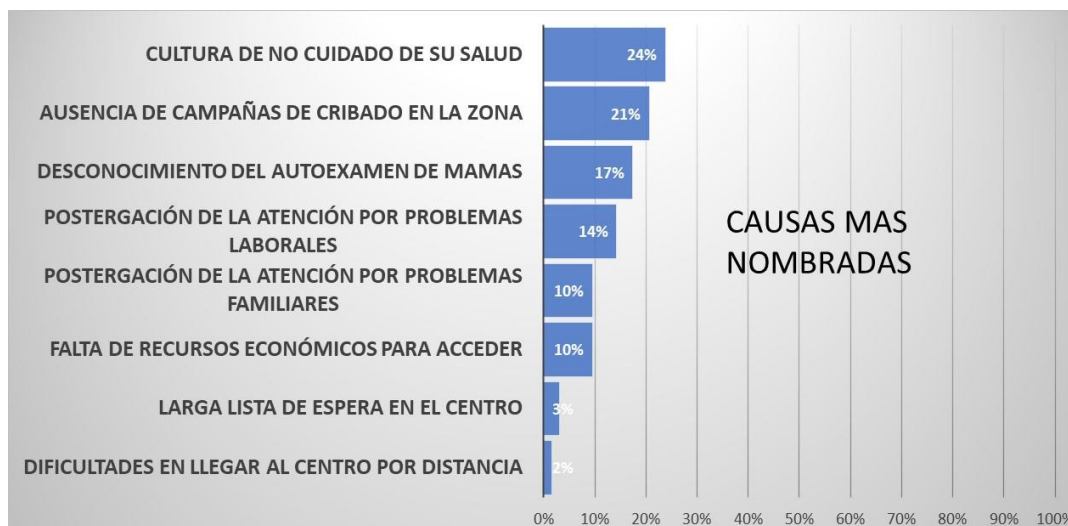
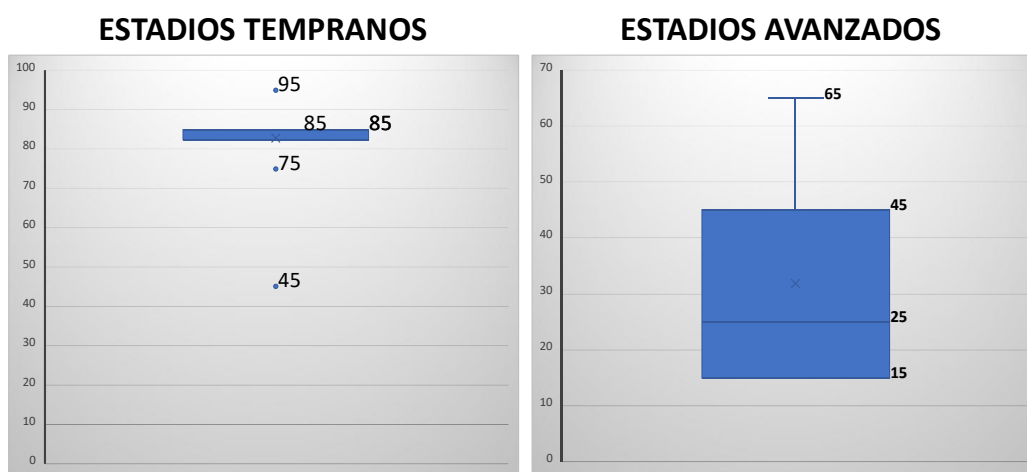
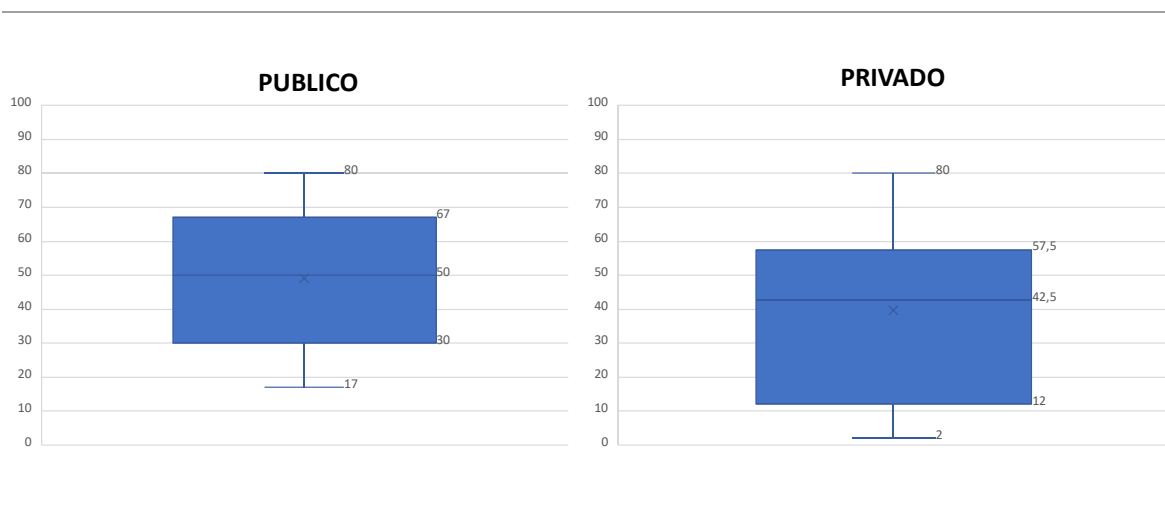


Gráfico 11. Porcentaje de sobrevida a los 5 años desde el inicio del tratamiento por cáncer de mama indicado por el encuestado.



Otro aspecto relevante es que se percibe un importante porcentaje de movilización (entre 30 y 61,5 %) hacia estos centros de atención, tal como se presenta en el **Gráfico 12**. Por otro lado, aunque ambos sectores tienen comportamientos similares, el piso del público (17% el mínimo y 30% el primer cuartil) evidencia un mayor porcentaje de migraciones.

Gráfico 12. Porcentaje del total de mujeres que concurrieron al servicio en 2019 por algún síntoma relacionado con el cáncer de mama, que se estima provino de otras localidades o municipios.



II. Percepción sobre la calidad de la atención

i. Percepción global de las barreras en la atención y principales inconvenientes

Se realizó una pregunta abierta que permitiera al encuestado enunciar los aspectos favorables de su institución respecto del tratamiento del cáncer de mama y todos los casos enfatizaron el trabajo realizado por el recurso humano, ya sea por la acción de especialistas en el equipo (44%), por la experiencia, por la especialización e idoneidad (33%) o por el uso de protocolos (7%). En otro lugar, y muy alejado de los primeros, se menciona la disponibilidad de tecnología (7%) y la existencia de pacientes comprometidos (7%). Luego se indagó sobre la principal dificultad que afrontan y se hallaron diferencias entre el sector público y privado que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 7. Principales dificultades enunciadas por los encuestados en la atención del paciente con cáncer de mama

Sector público	Sector privado
Tener un servicio de guardia externa.	Relación con financiadores.
Tener personal de cuidados paliativos.	Disparidad de criterios de tratamiento.
Disponer de hospital de día, enfermería especializada, servicios de apoyo.	Tener mayor volumen de pacientes.
Poder atender a gran cantidad de pacientes.	Recursos económicos.
Drogas oncológicas suficientes.	Acreditar una unidad de mastología.
Disponer de métodos de diagnóstico y tratamiento.	Disponibilidad de turnos.
Necesidad de un servicio de cirugía.	
Agilizar estudios y provisión de medicación.	
Mejorar tiempos quirúrgicos, tener un acelerador lineal y acceso a drogas.	
Mayor infraestructura y personal administrativo.	
Recursos para atender a un enorme volumen de pacientes.	
Falta de personal.	
Necesidad de oncólogos, drogas y equipo de radioterapia.	
Acceso a medicación de alto costo. Mejorar la relación laboral.	

Cabe mencionar una paradoja: en una entidad privada, una dificultad es la necesidad de más pacientes (por la importancia de facturar para mantener activo un servicio), mientras que en las instituciones públicas se requieren recursos para atender gran cantidad de pacientes (y el presupuesto puede ser insuficiente para cubrir a la población de referencia). En general, las respuestas apuntan a que la mayor dificultad es gestionar un servicio con recursos escasos o mal distribuidos.

También se avanzó en identificar las principales barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento (**Gráfico 13**). Se observó que, si incluimos en el sistema de salud las barreras administrativas en el centro y las comunicaciones, y entendemos que no debería existir el gasto de bolsillo, las barreras del sistema de salud conformarían casi el 70%. Según

la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un tercio de la población de las Américas deben enfrentar barreras para acceder a los servicios de salud.

Las causas más frecuentes de demoras para el diagnóstico e inicio de tratamiento en países en desarrollo coinciden con nuestros hallazgos y corresponden a retrasos atribuibles al sistema de salud y a la orientación a los usuarios durante el proceso de atención. En una revisión de 53 investigaciones de países en vías de desarrollo y desarrollados, los retrasos más comunes estuvieron dados por la falta de oportunidad en la emisión de autorizaciones, la validación de pruebas diagnósticas que fueron falsas negativas y grandes distancias geográficas entre el paciente y el centro asistencial (Freitas & Weller, 2015). Conclusiones similares obtuvieron dos estudios, uno llevado a cabo en Medio Oriente y otro en Nueva Zelanda en mujeres maoríes (Lawrenson et al., 2016).

En Medio Oriente y Norte de África, se describieron otras barreras: falta de disponibilidad en los horarios de atención de las entidades de salud, no contar con recordatorios por parte del prestador y ausencia de un sistema adecuado para programar las citas (Bowser et al., 2017). En Brasil también se describieron algunas causas de tipo administrativo, como no contar con diagnóstico confirmatorio cuando eran remitidas de unidades de atención primaria a otro centro de salud; también algunas relacionadas con el personal sanitario, como la imprecisión diagnóstica respecto de la ubicación primaria del tumor (Souza et al., 2015).

Los resultados de un estudio realizado en Francia mostraron que el principal determinante que impacta en los tiempos de espera fue el lugar de tratamiento (Quillet et al., 2016); esto mismo ocurre en Almaty, una ciudad de Kazajstán donde las mujeres que se encontraban más cerca al centro oncológico tuvieron un menor tiempo de espera (Chukmaitov et al., 2018). La ubicación de las clínicas y la oferta de sus servicios influyen en el inicio de tratamiento; por ejemplo, en Países Bajos los mayores retrasos para inicio del tratamiento se presentaron por demoras en los traslados a otras clínicas (Heeg et al., 2019). En México, un estudio identificó que las mujeres buscan atención tan rápido como las que viven en Alemania o en el Reino Unido, pero luego enfrentan demoras antes de que se confirme su diagnóstico y los retrasos pueden ser de hasta 7 meses (Unger-Saldaña et al., 2015).

El programa de salud del Estado de Alaska (EE.UU.), que brinda atención médica exclusiva para la población indígena de salud, ha tenido muy buenos resultados: el 95% de las mujeres fueron diagnosticadas y tratadas en un promedio de 23 días independientemente de la edad, lugar de residencia o etapa de la enfermedad. Los resultados son atribuidos a que las pacientes son atendidas en corporaciones tribales y han incorporado registros médicos electrónicos para la estandarización de conceptos. Este servicio es totalmente gratuito y es monitoreado periódicamente para hacer seguimiento de la calidad de las prestaciones (Kelley et al., 2019). De hecho, la evaluación continua de los factores que influyen en los

tiempos de espera para el tratamiento es esencial para mejorar la calidad y los resultados en los pacientes.

Las demoras en la atención de las pacientes con cáncer de mama pueden ser multifactoriales, tanto en el caso de los prestadores como de los pacientes. Las barreras de acceso atribuibles a las pacientes se asocian a factores culturales, como conceptos erróneos sobre la enfermedad, miedo y negación del cáncer, la atribución de síntomas a condiciones triviales, responsabilidades familiares y vergüenza por el examen de los senos por parte de un médico (Kumar et al., 2019).

En Estados Unidos, se analizaron algunas condiciones propias de las usuarias pertenecientes al seguro Medicaid, las cuales incrementaron 12 veces el retraso en el diagnóstico por situaciones particulares. Tener bajos ingresos económicos, no estar afiliada a una empresa de seguro médico, no tener acceso a programas de detección temprana, no ser angloparlante y vivir lejos del centro de salud fueron algunas de las más importantes (Jaiswal et al., 2018). Durante el proceso de atención, las pacientes pueden tener altos gastos de bolsillo que, pese a la gratuidad de los programas, podría representar una barrera para el tratamiento oportuno (Schleimer et al., 2019). Muchas de estas barreras fueron confirmadas por nuestra encuesta.

Gráfico 13. Principales barreras al diagnóstico y tratamiento oportuno



- ii. Disponibilidad de herramientas de calidad en la atención y seguridad del paciente, educación del paciente, continuidad de atención frente al abandono

Dentro de las herramientas costo efectivas y de calidad en la atención a enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran la disponibilidad de material educativo, la utilización de guías de práctica clínica, manuales de procedimiento y protocolos, comité de tumores, programas de seguimiento y recupero de mujeres que abandonaron el tratamiento (OPS, 2020). Se indagó sobre todos estos aspectos y se encontraron los resultados que se presentan en la **Tabla 8**. Como se muestra allí, entre las herramientas de baja utilización en ambos sectores (público y privado), se encuentra el material educativo (27%) y los programas de recupero por abandono (18%).

Tienen una importante utilización -con mayor acento en el sector público- las guías, protocolos y manuales (86%), así como el funcionamiento de un comité de tumores (82%). De esto se desprende que existe la necesidad de incrementar el uso de herramientas de comunicación y seguimiento de pacientes que complementen la actividad académica y operativa de la atención y redunde en la calidad del servicio en su totalidad.

Tabla 8. Disponibilidad de herramientas para gestionar la atención

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Instituciones que utilizan material educativo	6	27%
Público	3	21%
Privado	3	38%
Instituciones que utilizan guías, protocolos y manuales de procedimientos	19	86%
Público	13	92%
Privado	6	74%
Instituciones en las que funciona un comité de tumores	18	82%
Público	13	93%
Privado	5	63%
Instituciones que tienen programa de recupero de pacientes que abandonaron el tratamiento	4	18%
Público	3	21%
Privado	1	13%

iii. **Disponibilidad de infraestructura asistencial (mamógrafo, quirófanos, laboratorios, radioterapia)**

Antes de identificar algunas diferencias en la disponibilidad de infraestructura asistencial, debemos señalar una primera divergencia que es la mayor fragmentación de la atención en el sector privado que en el público, ya que el paciente puede elegir con mayor libertad dónde realizar las distintas etapas de la atención. Es decir, al momento de realizar la mamografía, la cirugía, la radioterapia, etcétera, el paciente del sector privado tiene opciones de prestador que le proporciona su financiador.

En el sector público, la elección está concentrada en el hospital y sus prestadores de derivación, en caso de que no posea el servicio. Esto tiene dos aspectos a considerar: en el sector público, la atención está más integrada en el equipo médico del hospital, aunque el equipamiento no está tan actualizado como en el sector privado. Por ejemplo, la anatomía patológica se realiza 100% en el sector público y 25% en el privado; en este último se considera adecuada la disponibilidad de quirófanos en un 100% y pocas veces el mamógrafo está fuera de servicio. También se puede decir que el sector público tiene un 71% de entidades con laboratorio de inmunohistoquímica frente al 50% del privado. La disponibilidad de equipos de imágenes es del 73% para todas las instituciones y algo mayor en el sector privado (88%), posiblemente por la mayor oferta y la posibilidad que tiene el paciente privado de elegir otro prestador que no se encuentra con su servicio saturado.

Tabla 9. Disponibilidad de infraestructura asistencial

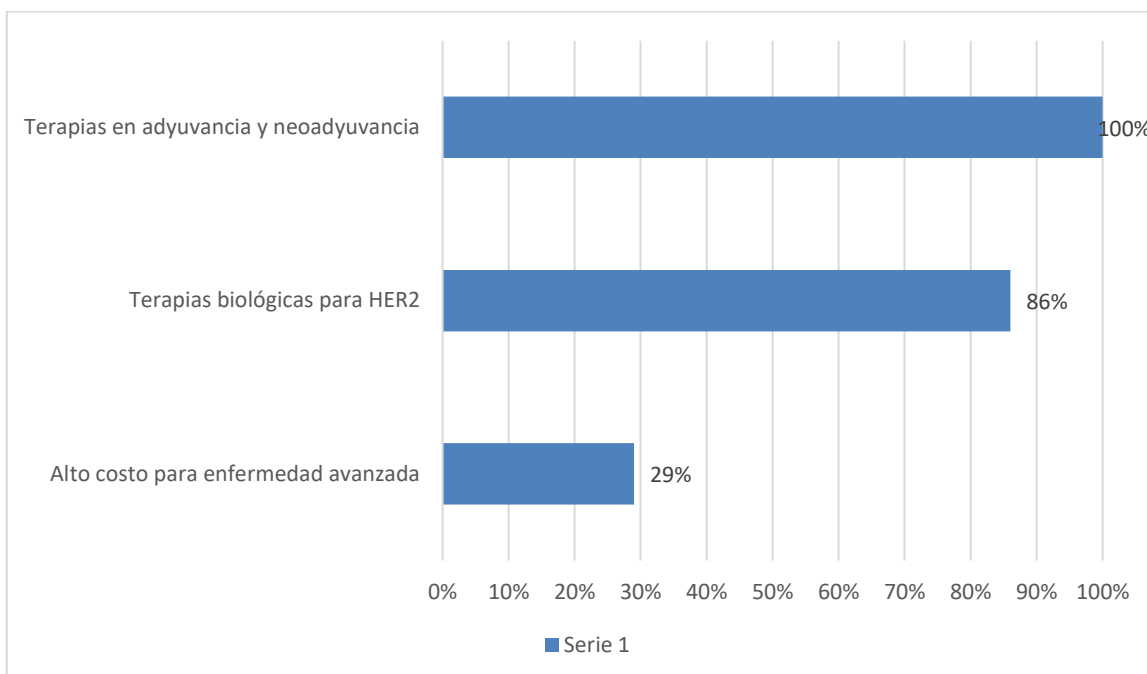
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Instituciones que realizan internamente el examen de anatomía patológica	16	73%
Público	14	100%
Privado	2	25%
Instituciones que consideran adecuada la disponibilidad de quirófano	18	82%
Público	9	65%
Privado	8	100%
Instituciones que consideran adecuada la disponibilidad de equipos de imágenes	16	73%

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Público	9	62%
Privado	7	88%
Instituciones en las que casi nunca el mamógrafo está fuera de servicio	13	57%
Público	7	54%
Privado	6	46%
Instituciones en las que pocas veces el mamógrafo está fuera de servicio	7	33%
Público	6	86%
Privado	1	14%
La Institución realiza habitualmente el examen de anatomía patológica para cáncer de mama		
Público	14	100%
Privado	2	23%
La institución cuenta con un laboratorio de Inmuno-histoquímica	8	36%
Público	10	71%
Privado	4	50%
Interior	1	17%
AMBA	13	81%

iv. Disponibilidad y administración de medicamentos

Cuando se analiza la disponibilidad efectiva de terapias dentro del sector público, la mayor diferencia se identifica en el caso de terapias avanzadas: solo el 29% de los respondientes indicaron disponibilidad de estas, mientras que el 86% señalaron que sí la hay para terapias biológicas por HER2. Este dato se condice con la **Tabla 3** en la cual se presentó las diferencias de cobertura de las distintas terapias por subsectores.

Gráfico 14. Disponibilidad de terapias para pacientes sin cobertura explícita de salud (sector público)



Un elemento para resaltar, por el nocivo impacto que tiene tanto sobre los pacientes como sobre el sistema de salud en general, es la discontinuidad de los tratamientos. Entre los consultados del sector público, más del 70% indicó haber tenido interrupciones de suministro de drogas por más de 3 semanas en comparación con el 11% en el sector privado. La continuidad de tratamiento es uno de los factores claves en los resultados en salud, por lo que es necesario que estos desvíos sean abordados y corregidos.

La continuidad del tratamiento no ha sido estudiada exhaustivamente en nuestro país y es una variable multicausal que no depende simplemente de la provisión de drogas, sino que atraviesa obstáculos sociales del paciente y su familia, burocráticos del propio sistema de salud, mala comunicación entre financiadores y prestadores, insuficiente respeto por las guías de tratamiento consensuadas, etcétera.

La continuidad del tratamiento es tan importante como el acceso al mismo.

Por otro lado, cuando se analizan los motivos de las discontinuidades, la demora en la entrega de los medicamentos es el principal factor en el sector público, seguido por las dificultades en el proceso de autorización.

Gráfico 15. Interrupción de suministro de drogas para el cáncer de mama mayor a 3 semanas

P56 Hubo durante el curso del año 2019 alguna interrupción en el suministro de drogas para el Cáncer de Mama mayor a 3 semanas?

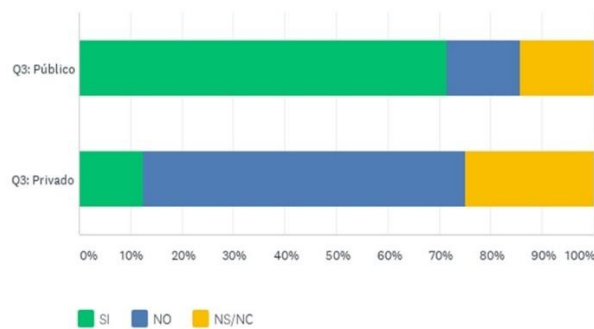
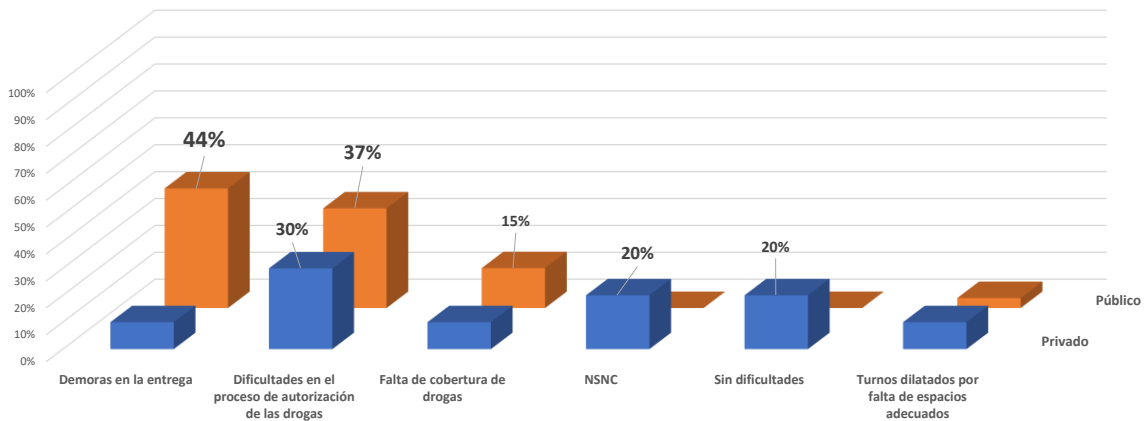


Gráfico 16. Mayor problema en la administración de los medicamentos oncológicos



v. Conducta prescriptiva

Un aspecto que resulta muy llamativo fue la respuesta a la pregunta acerca de **potenciales cambios en las prescripciones en un escenario libre de restricciones de cobertura**. En el caso del sector público, más del 65% respondieron que aplicarían cambios, en comparación con algo más del 10% en el sector privado. Por otro lado, el 89% de los que respondieron que cambiarían la prescripción en el sector público dijeron que lo harían en los tratamientos para **cáncer de mama avanzado**.

Si bien son resultados de una encuesta, este dato que emerge nos debe hacer replantear el marco general.

El del cáncer de mama es uno de los modelos tumorales que más estudios multicéntricos y aleatorizados ha generado en los últimos 60 años. Además, han sido realizados por grupos cooperativos y en todo el mundo. Esto ha llevado a índices de curación y de detección temprana poco observadas en ramas de la medicina en el último medio siglo.

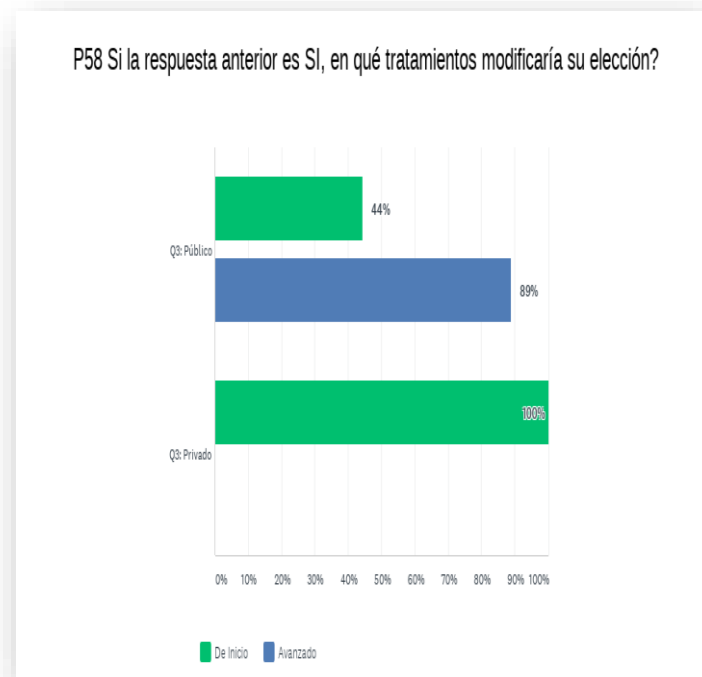
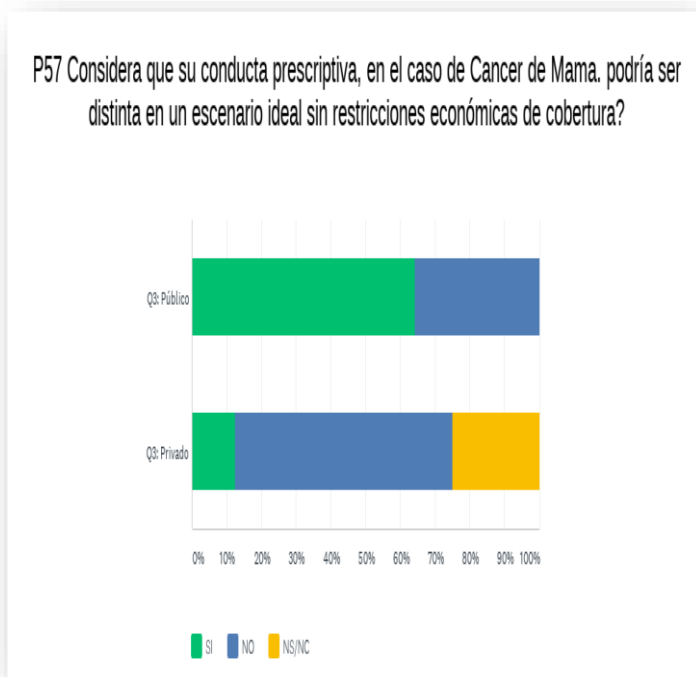
Los tratamientos y normas de detección precoz que surgen de dichos estudios se han convertido en la base del aumento de supervivencia de millones de mujeres, por lo que es inaceptable cambiar normas de prescripción por el menú disponible de tratamientos, fuera de un programa transparente multisectorial.

Desde la esfera de la bioética y del método científico, es un emergente que debe ser abordado rápidamente, dimensionado y acotado o eliminado. Surge como indicador que subraya la importancia de priorizar las condiciones de formación y laborales del equipo de profesionales de la salud. El abordaje multidisciplinario bajo un comité de tumores con normas estandarizadas debería ser la herramienta que disipe tal dispersión en la prescripción, con fuerte apoyo de la gestión sanitaria y voluntad política.

En las encuestas se manifiesta que la conducta prescriptiva no es parte de un consenso previo ni una política que sea implementada en forma adecuada.

No hay razón para privar a una mujer (u hombre) con cáncer de mama de tratamientos consensuados que pueden aumentar su supervivencia o calidad de vida.

Gráfico 17. Percepción de cambio en la conducta prescriptiva en un escenario ideal respecto de la situación actual



vi. Tiempos de demora

Tabla 10. Intervalos de tiempos en semanas para los procesos y subprocesos de tratamiento de cáncer de mama

COMIENZO	FINAL	Semanas												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
PRIMERA CONSULTA	MAMOGRAFÍA	■	■	■										
MAMOGRAFIA	COMIENZO TRATAMIENTO	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Indicación de Laboratorio de Inmuno-histoquímica	Resultado de Laboratorio de Inmuno-histoquímica	■	■	■	■	■								
INDICACION CIRUGIA	CIRUGIA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
ANATOMIA PATOLOGICA	RESULTADOS	■	■											
PRESCRIPCION QUIMIOTERAPIA	COMIENZO QUIMIOTERAPIA	■	■	■										
PRESCRIPCION TERAPIA ANTI-HER2	COMIENZO TERAPIA ANTI-HER2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
PRESCRIPCION HORMONOTERAPIA	COMIENZO HORMONOTERAPIA	■	■	■										
PRESCRIPCION INHIBIDORES DE CICLINAS	COMIENZO INHIBIDORES DE CICLINAS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
PRESCRIPCION RADIOTERAPIA	COMIENZO RADIOTERAPIA	■	■	■	■	■	■							

i

El tiempo es un factor influyente y decisivo en la progresión de la enfermedad: varios autores coinciden en que la detección en etapas avanzadas y la demora entre la aparición de síntomas e inicio del tratamiento incrementan sustancialmente los costos médicos de la atención y podrían empeorar el pronóstico (Gamboa et al., 2016) (Alba et al., 2019).

La oportunidad, como atributo que mide la calidad de los servicios y programas en salud, debe ser el pilar en las intervenciones de la enfermedad en todas sus etapas, pues cualquier retraso afecta los resultados clínicos y el pronóstico. Muchos países establecen tiempos máximos para el inicio de tratamiento de pacientes diagnosticadas con cáncer mamario, pero su cumplimiento puede variar por la presencia de barreras del sistema y algunas relacionadas

con las pacientes, como han reflejado los resultados de nuestra encuesta, expuestos más arriba. Sin embargo, queda claro que existe un amplio campo para mejorar en términos de la gestión de los servicios, de los cuales dependen muchos de estos obstáculos (**Gráfico 13**). En este sentido, las demoras en la realización de cirugía como tratamiento se encuentran asociadas a menor supervivencia, especialmente en mujeres con tumores grandes (Eriksson et al., 2018).

La oportunidad en la atención, el uso racional de recursos y, en general, la calidad en la prestación, son características indispensables que deben tener los servicios de atención de cáncer. En países con limitaciones de recursos en salud, problemas en la distribución de los mismos, fragmentación institucional e inequidades —como sucede en Argentina—, se hace necesario fortalecer la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y rehabilitación, así como la reducción de brechas, y la distribución de responsabilidades entre los involucrados, a fin de mantener el curso de una atención oportuna mediante el engranaje armónico de todos los actores en salud.

La Sociedad Sueca de Cirugía Mamaria recomienda que el 80% de todas las mujeres con sospecha de cáncer de mama consulten a un especialista en una semana y el 100% en un máximo de dos semanas (Robertson et al., 2017). En el Reino Unido, el tiempo entre la detección e inicio de tratamiento es de apenas dos semanas y en Alemania, de 15 días. Sin embargo, países como Noruega tienen tiempos más prolongados en la población inmigrante, en la cual se estima que podría ser de aproximadamente 23 días a causa de la poca asistencia o abandono del tratamiento por parte de las pacientes. En Suecia, el diagnóstico se establece en entre 7 y 28 días (Robertson et al., 2017). Otro estudio de Francia estimó que, entre la primera imagen diagnóstica y el inicio de tratamiento, el tiempo máximo de espera podría llegar a ser de 34 días, en algunos casos debido a la necesidad de tomar pruebas diagnósticas para descartar falsos positivos (Molinié et al., 2013).

Para el caso de Estados Unidos, el tiempo de atención entre presentación de síntomas y tratamiento tuvo una media de 23 días. En contraste, en Sudamérica las cifras son muy superiores a las de los países desarrollados (Jaiswal et al., 2018), como lo indica un estudio en un hospital público del Brasil, que reportó un tiempo promedio para el inicio del tratamiento de 218 días (Rosa et al., 2013).

En nuestro caso, en la encuesta se calculó que el tiempo entre la primera consulta y la iniciación del tratamiento alcanzó las 8 semanas y llega a demorarse hasta 3 semanas la realización de la mamografía después de esa primera consulta. Estudios realizados en la ciudad de Bogotá mostraron resultados aún peores: el tiempo entre la primera visita y el diagnóstico de cáncer de mama fue de 91 días (Piñeros et al., 2011) y de 175 días para el inicio del tratamiento (Sánchez et al., 2015). El tiempo de espera para el diagnóstico es un

factor importante: una investigación realizada en California mostró que las mujeres entre los 18 y 44 años que presentaron cáncer de mama en estadios más avanzados necesitaron tratamientos más agresivos y con costos más elevados (Trogon et al., 2017); esto coincide con el resultado de un análisis de costos directos implementado en Colombia, que mostró que las erogaciones en los estadios tempranos del cáncer de mama son menores comparados con los avanzados y las recaídas (Gamboa et al., 2016).

En países desarrollados hay indicaciones sobre tiempos recomendables. Por ejemplo, en España el tiempo sugerido entre sospecha clínica y el inicio del plan terapéutico en el caso de cáncer de mama no infiltrante es de 5 a 6 semanas (Mira et al., 2012). La Iniciativa Nacional para la Calidad de la Atención del Cáncer de los EE. UU. determinó que la oportunidad desde el diagnóstico hasta la cirugía debería tener un tiempo máximo de 37 días hábiles (Ramírez et al., 2014). Así, los diferentes países difieren sobre el lapso óptimo para la atención de las pacientes con cáncer de mama, pero coinciden en que un tratamiento oportuno sería de entre 30 y 60 días, ya que es el mejor tiempo encontrado en varios estudios.

En Estados Unidos, la Red Nacional de Investigación del Cáncer Latino desarrolló un modelo de intervención para realizar acompañamiento a las pacientes que tuvo efectos positivos: la mediana de tiempo para el diagnóstico fue de 12 a 15 días en mujeres hispanas (Ramírez et al., 2014). Sin embargo, parece que un intervalo inferior a 60 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento no tiene un mayor impacto en la supervivencia libre de enfermedad (Yoo et al., 2016).

Se pretende avanzar hacia modelos que modifiquen positivamente el curso de la patología, como sucede en Canadá, donde para contribuir a tener menos demoras en el diagnóstico se realiza biopsia el mismo día de la toma de mamografía cuando su resultado no es normal (Baliski et al., 2014). Nuevas invenciones tecnológicas, como los equipos de mamografía de tercera dimensión, mostraron tener mejores tasas de detección en casos de falsos positivos, especialmente en aquellas pacientes con mayor densidad mamaria. Sin embargo, la mamografía convencional sigue siendo útil para el diagnóstico (Tina Shih et al., 2019).

La integralidad en la atención es fundamental, pero debe estar acompañada de una secuencia ininterrumpida, donde la coordinación entre el personal sanitario y administrativo debe facilitar el acceso a las consultas, exámenes y procedimientos que requiere una paciente diagnosticada. Todos los actores del sistema deben aportar conocimientos que sirvan a quienes intervienen en la prestación de los servicios a las pacientes, con la finalidad de diseñar mejores rutas y modelos de atención que tengan en cuenta las características geográficas de cada región del país, la disponibilidad de medios diagnósticos, la mejora en la capacitación de los médicos y enfermeras que tienen el primer contacto y las dificultades

para el desplazamiento a zonas urbanas. Reconocer mecanismos facilitadores para el acceso a los servicios también podría mejorar la satisfacción de los usuarios, el correcto uso de los recursos en el proceso de atención, el impacto en las peticiones, quejas y reclamos y la humanización en la prestación del servicio de oncología.

En definitiva, la atención oportuna como un indicador de calidad debiera ser considerada para todas las instituciones de salud privadas y públicas.

III. Síntesis y conclusiones de la encuesta a médicos tratantes sobre su percepción de la calidad del tratamiento

A través de la encuesta, se intenta recabar, de primera mano y con la mayor amplitud posible, el estado de situación actual referido al tratamiento del cáncer de mama en la Argentina, partiendo desde la prevención y el diagnóstico, hasta la atención y abandono. También se busca identificar las barreras y limitaciones principales hacia una atención de calidad y en tiempo, así como las fortalezas en la prestación.

Los resultados muestran situaciones divergentes entre instituciones públicas, que denotan falta de recursos, tanto humanos como de infraestructura. También exhiben grandes demoras en las diferentes etapas de atención y una alarmante falta de continuidad en la provisión de tratamientos farmacológicos, para atender a una demanda creciente de pacientes, e instituciones privadas. Revelan, asimismo, menor integración en el “patient Flow” o camino de las pacientes, con demoras en etapas de aprobaciones administrativas por parte de los financiadores.

Desde el lado de las pacientes, la encuesta refleja una falta alarmante de información y educación específica sobre cáncer de mama, que permita la prevención y detección temprana, la eliminación de tabúes y la priorización de la salud propia por sobre las necesidades laborales o familiares, variables que reflejan en gran medida la elevada tasa de tumores avanzados y metastásicos en primera consulta, particularmente en pacientes del sector público.

La combinación de deficiencias en la prevención y diagnóstico temprano, demoras en el proceso de atención, falta de recursos y de previsibilidad y cobertura de medicamentos son un combo que se refleja en la opinión experta y que deben ser abordados con prisa y sin pausa para obtener mejoras de importancia en la atención.

5.1 MODELO DE COSTEO

El modelo utilizado está dado por la siguiente fórmula para calcular el costo total de la prestación i en el año 2020:

$$CT_{ij} = U_{ij} \times CC_i$$

U_{ij} es la *utilización*, o la cantidad esperada de casos de la prestación i , en el año 2020, y CC_i es el *costo por caso*, o el costo promedio de entregar la prestación i para una persona.

5.1.1 Estimaciones de la utilización

La utilización de una prestación se puede estimar con base en el tamaño de su población objetivo, la cantidad de casos que se espera requieran la prestación -la *necesidad*-, y la cobertura poblacional, de la siguiente forma:

$$U_{ij} = P_{ij} \times N_{ij} \times C_{ij}$$

- P_{ij} es el tamaño de la población objetivo para la prestación i , en el año 2020.
- N_{ij} es la *tasa de necesidad*, o la probabilidad de que un miembro de la población objetivo requiera, durante el año 2020, al menos uno de los servicios o productos en la prestación i .
- C_{ij} es la *tasa de cobertura poblacional* (en este costeo, utilización es equivalente a cobertura poblacional). Es la probabilidad de que una persona con necesidad utilice la prestación i , durante el año 2020.

El valor de P_{ij} proviene de proyecciones demográficas y estadísticas de población beneficiaria del INDEC y de la Superintendencia de Servicios de Salud, y se encuentra abierta por grupo de edad de la población objetivo.

El valor de N_{ij} proviene de diversas fuentes. Las fuentes de información para estimar la necesidad fueron: el estudio *Global Burden of Disease* (GBD), (IHME, 2020), y también de GLOBOCAN, que contienen datos de incidencia y prevalencia de un conjunto de problemas de salud, por sexo y edad.

El valor de C_{ij} es objeto de simulación, y puede ir desde la cobertura observada actualmente, que se obtuvo de distintas fuentes, hasta 100% (cobertura universal).

5.1.2 Estimaciones del costo por caso

El costo por caso es la suma de los costos de todos los productos y servicios en la canasta asociada a una prestación. Si la prestación i requiere de n productos o servicios de distinto tipo, entonces el costo por caso es igual a:

$$CC_i = \sum_{k=1}^n f_{ik} q_{ik} c_k$$

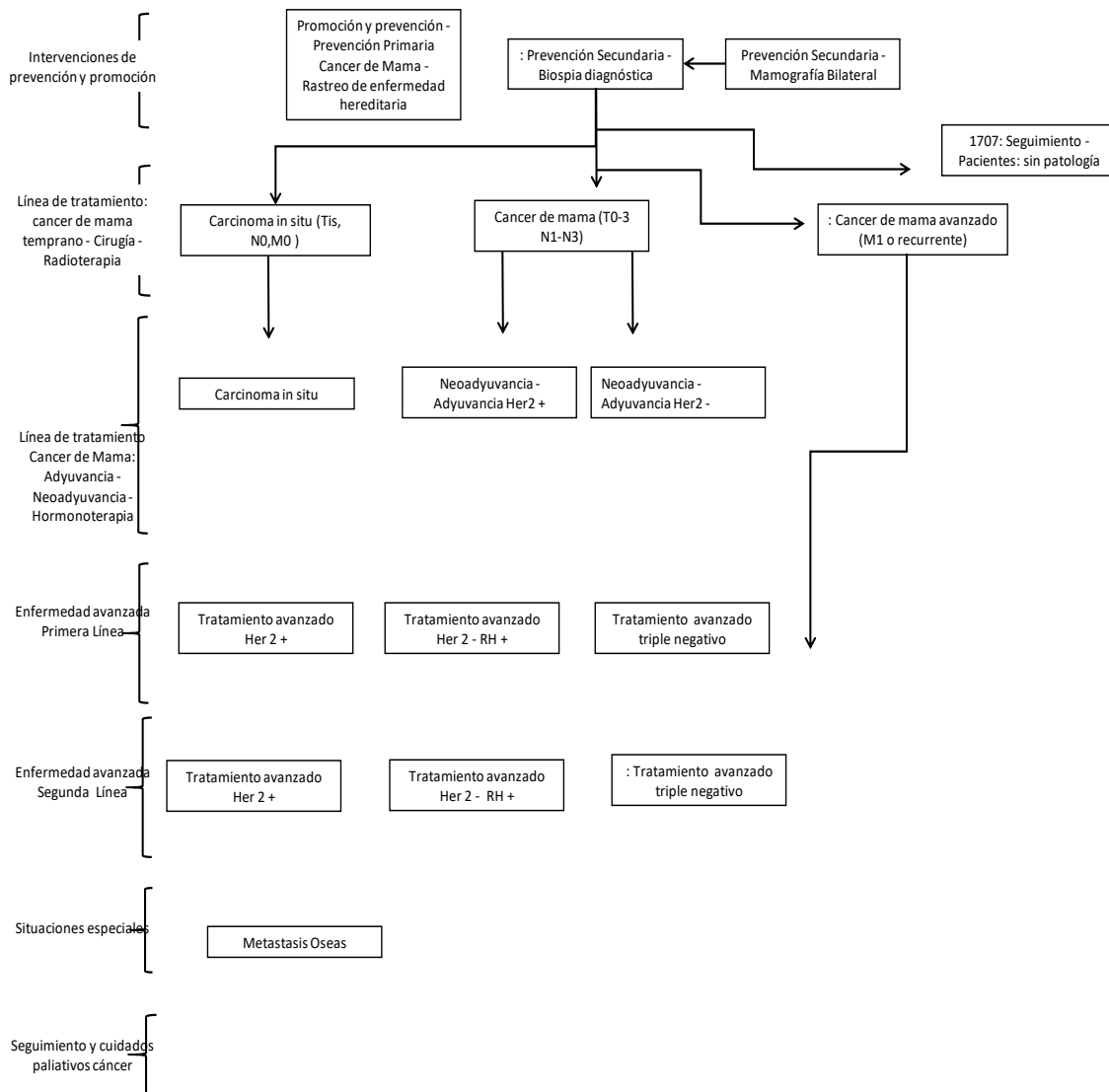
- f_{ik} es el porcentaje de casos de la prestación i que requieren un producto o servicio k , también llamado *frecuencia relativa*, o simplemente *frecuencia*. Este parámetro sirve para tomar en cuenta que no siempre todos los casos requieren los mismos productos o servicios;
- q_{ik} es la cantidad de unidades del producto o servicio k , consumida por un caso de la prestación i (entre aquellos casos que requieren dicho tipo de producto o servicio). Este parámetro se define de manera normativa;
- c_k es el costo unitario del producto o servicio k , expresado en términos reales.

5.1.3 Línea de cuidado de cáncer de mama. Prestaciones costeadas

La **Ilustración 1** presenta la línea de cuidado de cáncer de mama, desde las intervenciones relacionadas con la promoción y el diagnóstico, hasta las distintas líneas de tratamiento desagregadas por estadio del tumor (I, II, III, IV), subtipo del tumor según receptores hormonales (progesterona y estrógeno), estado del HER2 (+ ó -) y características del paciente (menopáusica y pre-menopáusica).

Ilustración 1. Flujo de entrega de intervenciones para cáncer de mama

Flujo en la entrega de intervenciones para cáncer de mama



Para cada una de las intervenciones expuestas en la **Ilustración 1** se detallaron las prestaciones correspondientes, tal como se presenta en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Listado de prestaciones costeadas en la línea de cuidado de cáncer de mama

Prestaciones de prevención y diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> Consulta a especialista Mamografía Ecografías Biopsia de ganglio linfático
Línea de tratamiento para estadios tempranos (N0-N3)
<p>Cirugías</p> <ul style="list-style-type: none"> Tumorectomía Mastectomía Cirugía reconstructiva <p>Rayos</p> <ul style="list-style-type: none"> Radioterapia en adyuvancia Radioterapia 3D IMRT (Intensidad Modulada de RT) <p>Tratamiento farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> HER2 + <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia (basadas en platinos, capecitabina, taxanos, otros) Terapias dirigidas al HER2 (trastuzumab, pertuzumab, otras) <ul style="list-style-type: none"> Hormonoterapia (tamoxifeno e inhibidores de aromatasa) Quimioterapia (basadas en platinos, capecitabina, taxanos, otros)
Línea de tratamiento para estadios avanzados (N4)
<p>Tratamiento farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> HER2 + RH + <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia (basadas en platinos, capecitabina, taxanos, otros) Terapias dirigidas al HER2 (trastuzumab, pertuzumab, otras) HER2 - RH + <ul style="list-style-type: none"> Hormonoterapia (tamoxifeno e inhibidores de aromatasa) Terapias dirigidas al CDK 4/6 (palbociclib, ribociclib / fulvestrant solo y en combinación, abemaciclib) Triple negativo <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia (basadas en platinos, capecitabina, taxanos, otros) Inmunoterapia (atezolizumab) <p>Cuidados paliativos</p>

5.1.4 Fuentes de datos de precios unitarios y de utilización

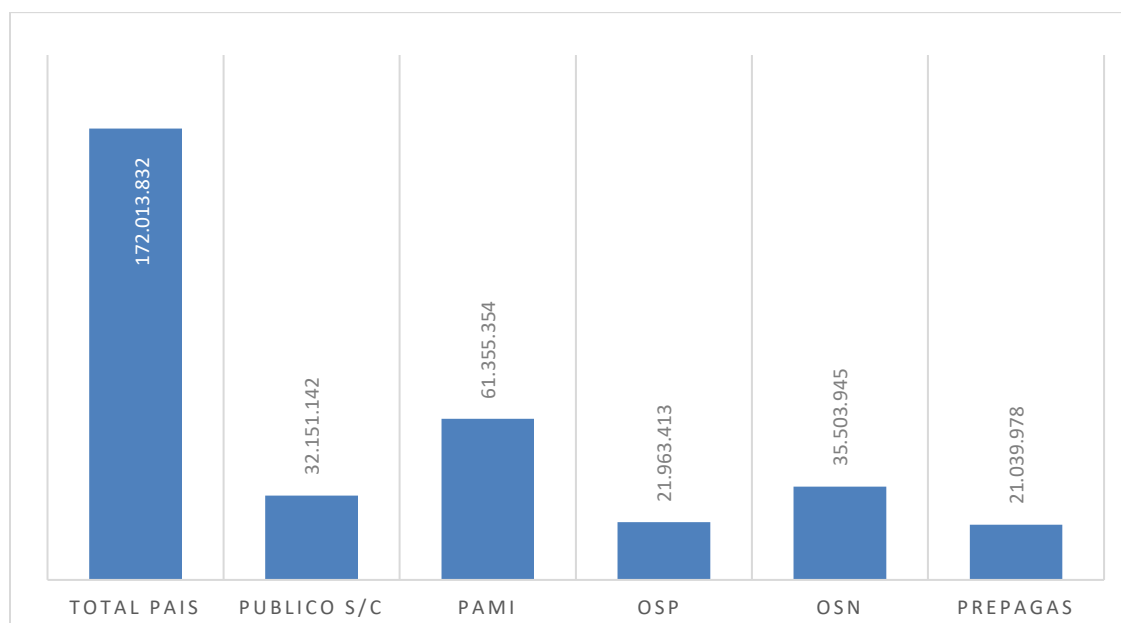
Tabla 12. Listado de fuentes de datos poblacionales, de precios y utilización de recursos

Datos	Fuentes
Población 2020:	Indec- extrapolación Censo Hogares Argentina- 2010
Población	
Subsectores	OSN: Información SSS 12-2020
	OSP: Publicación sitio web COSSPRA 2020
	PAMI: Publicación INSJJP
Prepagas:	SSS, estimación propia sin considerar desregulados
Sin	
Cobertura:	Estimación propia. Por diferencia entre total y resto de subsectores.
Incidencia	
Argentina:	Global Burden of Disease 2019
Prevalencia	Adaptación de Global Burden of disease 2019 (abandonadores con base en encuesta a jefes de Oncología)
Argentina:	ASCO, opinión experta del equipo CETSA, encuesta a jefes de Oncología
Apertura Pacientes por estadio	
Cirugías, Neoadyuvancia,	Opinión experta a equipo CETSA
Adyuvancia	
Pacientes en	Opinión experta equipo CETSA
seguimiento/observación:	Opinión experta equipo CETSA
Pacientes en tratamiento HR+	Opinión experta equipo CETSA
Pacientes Her 2+	Opinión experta equipo CETSA
Her 2- por grupo	Kurian et al. <i>Genetic Testing and Results in a Population-Based Cohort of Breast Cancer Patients and Ovarian Cancer Patients</i> . Vol 37.; 2019.
etario	Opinión experta equipo CETSA
Pacientes triple -	Opinión experta equipo CETSA, adaptada por subsector, por tipo de RH, por Her2, por estadio hormonal
Tratamientos a prevalentes	
Visita a	Equipo análisis de CETSA - Se asumieron 4 visitas al año por paciente
especialista	Kairosweb, alfabeta. Descuentos estimados por equipo de análisis CETSA con base en precios licitación droguerías, información proporcionada por droguerías, y licitaciones.
Precios prestaciones y	
medicamentos	Prospectos de medicamentos
Consumos por medicamento	
Cuota de utilización por	Estimados por equipo CETSA con base en análisis de impacto presupuestario y resultados de licitaciones publicadas
comparador	

5.2 RESULTADOS DEL COSTEO

Los costos directos de la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama se estimaron, en USD a noviembre de 2020, en 172 millones, de los cuales el 36% corresponden a costos directos del INSSJP (PAMI); el 21%, al subsector de OSN; el 19%, al sector público sin cobertura explícita; el 13%, a OSP y el 12%, al subsector de medicina prepaga (no incluidos los desregulados de la seguridad social).

Gráfico 18. Costo total de cáncer de mama por subsector (en USD de nov. 2020)

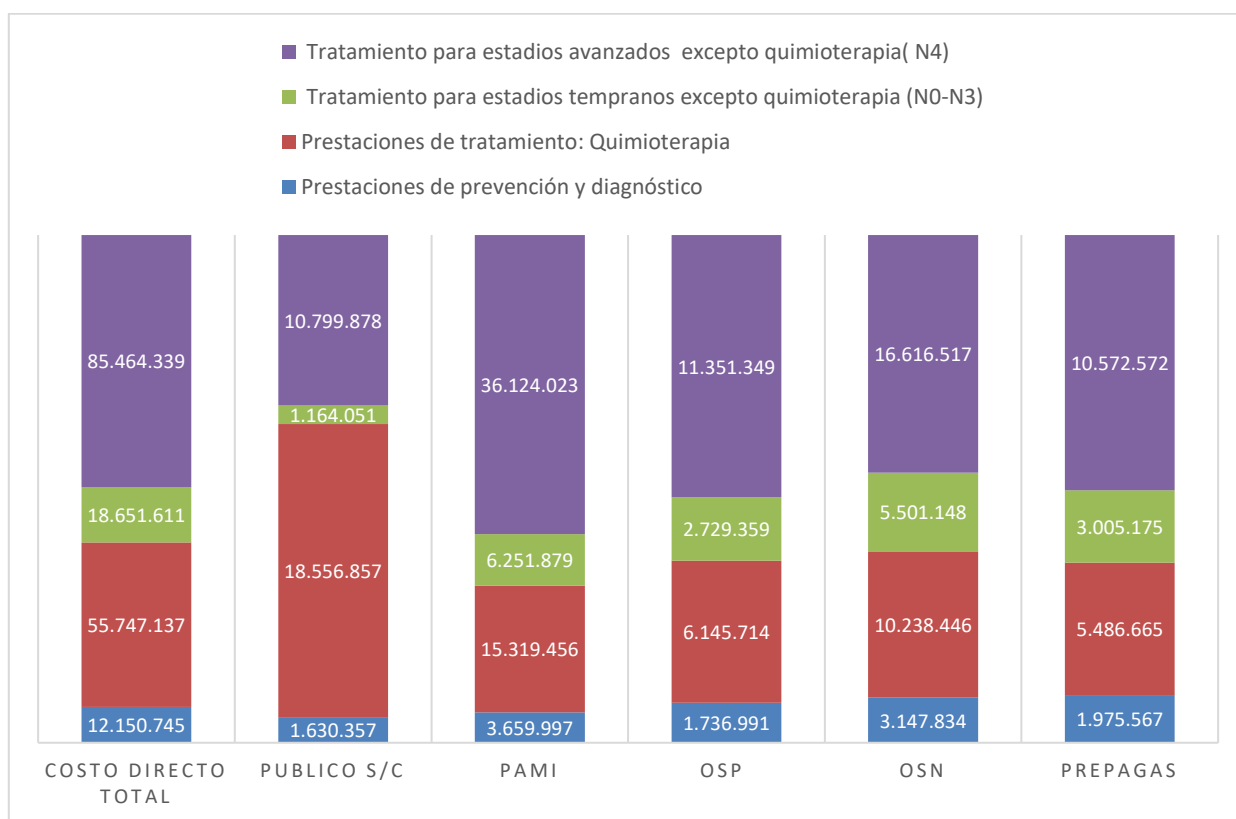


La apertura de costos dentro de la línea de cuidado en: prevención y diagnóstico, quimioterapia y tratamiento para estadios tempranos (N0-N3), sin incluir quimio y tratamiento para estadios avanzados (N4 y recaídos a terapias previas), muestra el bajo porcentaje de recursos que se destina a prevención y diagnóstico (7% del costo directo) dentro del grupo de mujeres con cáncer en comparación con el tratamiento (93%). Dado que no se contaba con datos para estimar el costo de prevención y diagnóstico, se aproximó dicha cifra solo para las mujeres incidentes, sin incluir aquellas a las cuales se les realizan chequeos que resultan favorables.

Los tratamientos para estadios avanzados de cáncer de mama, que no tienen intención curativa, sin incluir la quimioterapia citotóxica, concentran casi el 50% del costo total. Esta

composición del costo directo de tratamiento del cáncer de mama tiene que ver con el estadio en el que llegan las mujeres al diagnóstico, pero también con la falta de una política integral que asigne los recursos de manera eficiente y equitativa (**Gráfico 19**).

Gráfico 19. Costo total en cáncer de mama por línea de cuidado y subsector



Por otra parte, la **Tabla 13** presenta una mayor desagregación de las prestaciones en la que resulta evidente el problema antes mencionado respecto de la asignación de recursos a las distintas líneas de tratamiento y prestaciones. Después del costo total de la quimioterapia, que alcanza los 55 millones de USD, las terapias dirigidas a CDK4/6 son las que mayor gasto tienen (46 millones de USD) en el total.

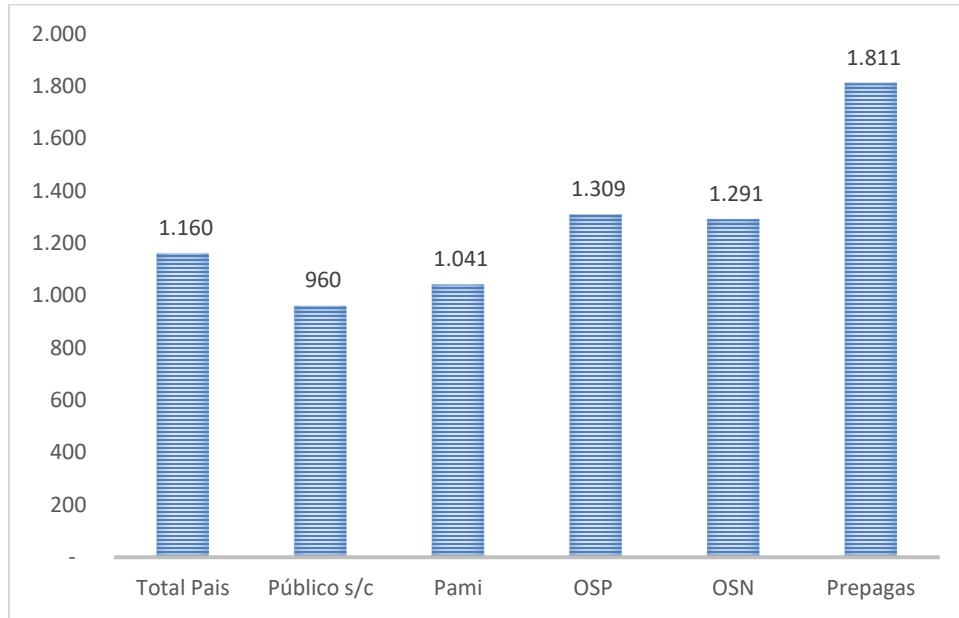
La apertura por subsectores muestra que el 40% del gasto en CDK4/6 se concentra en el INSSJP, seguido por la seguridad social con el 20%. El sector público es el que menos recursos destina a estas terapias: representa el 12% del total del gasto en CDK4/6.

Tabla 13. Costo total en cáncer de mama abierto por prestaciones y subsector. En USD de nov. de 2020.

Gasto anual en USD	Total	Público s/c	Pami	OSP	OSN	Prepagas
Consultas	4.500.337	669.723	1.472.836	629.345	1.031.175	697.259
Mamografías	4.358.807	565.079	1.240.496	628.086	1.200.288	724.859
Ecografías	3.291.601	395.555	946.665	479.561	916.371	553.449
Cirugías	6.166.051	346.352	2.025.289	916.888	1.870.688	1.006.835
Radioterapia	11.408.787	626.045	3.749.529	1.704.235	3.456.312	1.872.666
Quimioterapia	55.747.137	18.556.857	15.319.456	6.145.714	10.238.446	5.486.665
Hormonoterapia	10.767.725	1.916.534	4.770.611	1.082.361	1.741.480	1.256.739
Terapia Dirigida a HER2+	28.866.273	3.281.242	13.301.613	3.505.685	5.718.552	3.059.181
Terapias dirigidas a CDK4/6	45.868.392	5.454.616	18.292.834	6.721.325	9.154.135	6.245.483
Inmunoterapia	226.584	28.986	16.592	35.294	58.666	87.046
Terapias Paliativas	812.137	310.154	219.435	114.921	117.831	49.797
Costo Directo	172.013.832	32.151.142	61.355.354	21.963.413	35.503.945	21.039.978

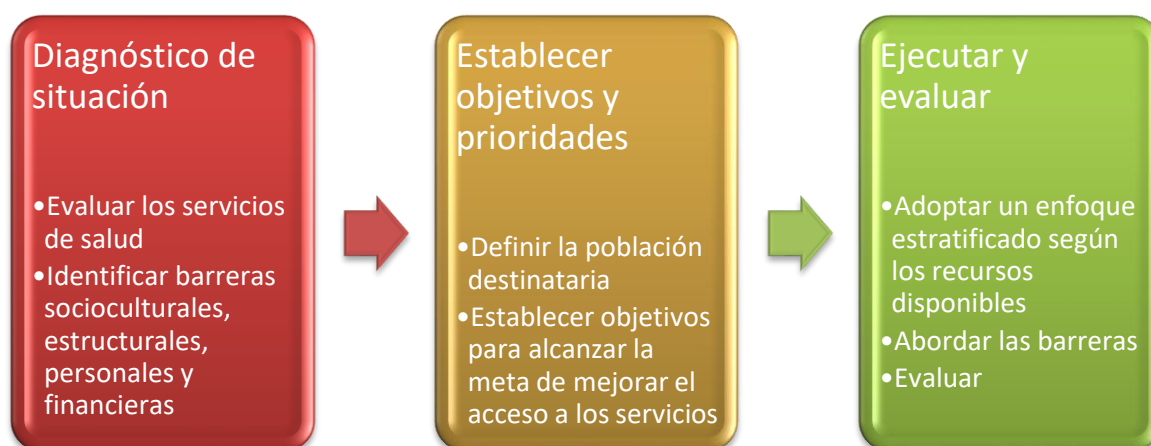
Finalmente, se estimaron las cápitas por subsector. En este análisis se observa una importante divergencia entre la inversión que realiza cada uno de ellos. Mientras que el costo directo promedio anual en la medicina privada es de USD 1.811, en el sector público alcanza los USD 1.160. Esta diferencia es muy significativa si además tenemos en cuenta el case-mix de uno y otro subsector: el porcentaje de mujeres en estadios avanzados en el sector público es aproximadamente el 25%, en comparación con el sector privado, que alcanza el 6%.

Gráfico 20. Costo por cápita del tratamiento del cáncer de mama por subsector en USD de 2020



Toda política pública debe estar dotada del proceso adecuado y de los recursos necesarios para completar la línea de cuidado y, para ello, es fundamental realizar un correcto diagnóstico de situación, establecer objetivos y prioridades e implementar y evaluar los resultados obtenidos de manera regular, tal como se presenta en la **Ilustración 2**.

Ilustración 2. Fases de implementación para políticas públicas



Fuente: Elaboración propia.

Con base en lo relevado en este estudio, se confirma que los esfuerzos deben focalizarse en la implementación de estrategias de detección precoz, pero también en **asegurar que las mujeres con hallazgos sospechosos accedan a un estudio diagnóstico (disponibilidad de equipos para realizar biopsias, técnicos y patólogos para concretar la evaluación) y, en el caso de confirmarse el cáncer, a un tratamiento oportuno y efectivo** (cirugía, eventualmente radioterapia y tratamiento sistémico). La detección precoz del cáncer de mama resulta en tumores más pequeños y con mayor potencial de curación, solo si a esta detección precoz se asocian procedimientos diagnósticos y terapéuticos eficientes y oportunos. Es por eso que

la chance más alta de impactar en la mortalidad surge de la **correcta articulación de todo el proceso de cuidado de la enfermedad.**

Como hemos comprobado en el estudio, existen problemas significativos en la continuidad de los cuidados, debido a la falta de estrategias que propicien sustentabilidad en el mediano y largo plazo. Para lograr la viabilidad de los programas, es imprescindible que cuenten con marcos legales que definan sus objetivos, su funcionamiento, los recursos y el presupuesto que les serán adjudicados. Estos instrumentos deben explicitar qué herramientas y métodos se utilizarán para evaluar su desempeño.

En cuanto a las recomendaciones programáticas, en líneas generales, los programas provinciales recomiendan la realización de mamografía con o sin examen clínico mamario, en mujeres de entre 40 y 75 años (algunas provincias hacen un desplazamiento al segmento de entre 50 y 70), de manera anual o bianual. Estas sugerencias son extrapolaciones de indicaciones internacionales y no parecen definidas en función de los perfiles poblacionales de mortalidad y recursos accesibles, en cada jurisdicción. Una evaluación del comportamiento de la enfermedad en cada región, su relevancia respecto de otros problemas de salud, la disponibilidad de recursos y las posibilidades de inversión en un programa a largo plazo, son las claves para el diseño de un proyecto sustentable.

Un elemento clave para lograr una reducción significativa de la mortalidad es asegurar una cobertura efectiva universal de la población objetivo. Si bien no existen indicadores directos de cobertura de mamografía en la población blanco argentina, los datos extraídos de la ENFR y los obtenidos en la encuesta realizada sugieren que es heterogénea en los diferentes grupos poblacionales y especialmente baja entre las mujeres con cobertura pública y con bajo nivel educativo¹. Por lo tanto, las estrategias para la captación de mujeres a incluir en el programa son de extrema importancia y deben ser definidas conforme a las características y necesidades de cada segmento, particularmente en lo referente a los sectores más vulnerables.

En general, se verifica que en la Argentina las acciones para promover la participación masiva de mujeres en el tamizaje son esporádicas y asistemáticas y, como resultado, las actividades de tamizaje son, en su mayoría, oportunistas. Las tareas de concientización de la población

¹ Si bien la realización de mamografías en los últimos dos años en mujeres de 50 a 70 años promedia el 66% en el país, apenas supera el 50% en el noreste y noroeste, con alguna provincia que no llega al 40%. Las mujeres con secundario completo o más superan el 75%, mientras que las que tienen primario incompleto no llegan al 44%. Las que tienen solo cobertura pública apenas alcanzan el 46%, contra las que poseen otra cobertura, que superan el 70%.

para la consulta precoz se limitan, casi exclusivamente, a campañas masivas realizadas en octubre en ocasión del “Mes de la Lucha Contra el Cáncer de Mama”. Si bien tienen un efecto potencialmente favorable, deben desarrollarse en el contexto de una política de educación para la salud más comprehensiva, que tenga en cuenta las características sociales y culturales de las mujeres a las que está destinado el mensaje. Como se observa en la encuesta, pocos centros, tanto públicos como privados, tienen herramientas educativas.

Otro elemento importante es la importancia de protocolizar y trabajar desde el Ministerio de Salud de Nación sobre una guía única de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. En Argentina no se han encontrado guías de práctica unificadas y actualizadas, acordes a las características locales. Una de las primeras acciones que tendría que llevar a cabo el programa nacional es la elaboración de una guía de práctica consensuada por todos los actores involucrados en el cuidado del cáncer de mama, que debería reflejar el acuerdo de lo que se considerará un estándar de cuidado basado no sólo en la evidencia científica, sino también en la capacidad del sistema de asegurar una cobertura universal de las prestaciones².

El monitoreo y la evaluación son componentes fundamentales de un programa organizado de tamizaje y control del cáncer. Hemos observado que no existen datos sobre indicadores de monitoreo en la mayoría de las provincias. Es primordial que el monitoreo se realice desde el minuto cero, acorde a un plan prefijado. La definición de un programa exitoso depende de variables técnicas y políticas. Dado que el objetivo primario -el descenso de la mortalidad y su causa específica- solo se visualizarán tardíamente, es necesario establecer qué parámetros intermedios se emplearán para comprobar que el programa está operando correctamente. Deberán estipularse umbrales aceptables (de mínima) y óptimos (de máxima) de cada indicador, de manera realista y razonable. Los umbrales seleccionados para los indicadores deben responder a las necesidades de la población y ser acordes a los recursos que se destinarán al programa.

Asimismo, la implementación de un sistema de monitoreo requiere de recursos específicos. No es posible una tarea de monitoreo sin la aplicación de un sistema informático que dé cuenta del “estado” de cada mujer, dentro del proceso global. Además de un programa funcional para todas las jurisdicciones, es indispensable garantizar una cantidad de computadoras y de conectividad a la red, para poder efectuar la entrada de datos, en plazos

² Resulta particularmente llamativa la respuesta de los profesionales a la encuesta, en el sentido de que, de disponer de medios o de no existir barreras, adoptarían protocolos diferentes, lo cual parece confirmar la ausencia de una adecuada observación y adaptación a las condiciones contextuales de cada una de las jurisdicciones y/o subsectores al realizar la confección de las mismas.

mínimos. La puesta en marcha de este plan es un gran desafío que implica una importante inversión en recursos económicos y humanos. Si bien existen problemas comunes a todas las jurisdicciones del país, cada una tiene idiosincrasias que requieren tratamientos específicos. Por ello, parece razonable proyectar un programa organizado en etapas consecutivas y fuertemente monitoreadas, como proyectos demostrativos o pilotos en áreas geográficas acotadas que se caractericen por presentar altas tasas de mortalidad.

6.1 EL CAMINO Y EL FUTURO

Es obligatorio distinguir entre disparidades en la atención y los resultados del cáncer, reconociendo, por supuesto, que estos últimos están indisolublemente vinculados a la atención. El control (definido por la Unión para el Control Internacional del Cáncer (UICC) es un enfoque de salud pública destinado a reducir la carga de la enfermedad en una población. Este concepto incluye la planificación de intervenciones integradas, basadas en evidencia y rentables en todo el proceso asociado (investigación, prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos).

A 20 años del inicio del siglo XXI, queda claro que alrededor del cáncer las buenas noticias lograron un efecto promisorio y esperanzador. Las nuevas lógicas científicas para encarar la enfermedad, según las últimas investigaciones internacionales, en sus distintos estadios y tipos, están basados en la prevención, en diagnósticos más sencillos, en tratamientos personalizados y en la búsqueda de la recuperación de la persona y de la remisión de la enfermedad. Además, aparecen drogas (biológicas, entre otras) que ayudan a decrecer las cifras de muertes prematuras debido a la cronificación de los tumores.

Los datos agregados muestran que la razón de mortalidad e incidencia anual es de 0,475 en las regiones más desarrolladas, mientras que es de 0,644 en las menos desarrolladas. Además, las tasas de supervivencia a cinco años para la mayoría de los cánceres son más altas en los países más ricos que en los países de ingresos bajos y medianos. Estos datos demuestran grandes disparidades en los resultados, lo que refleja, en parte, diferentes inversiones relativas en el control del cáncer en países de todo el mundo.

La brecha es sorprendente cuando se comparan las tasas de supervivencia neta estandarizadas por edad de 5 años para el cáncer de mama (2005 a 2009) del 88,6% en Estados Unidos frente al 59,8% en Argelia, el 53,4% en Sudáfrica y el 43,1% en Jordania. En el caso de Argentina, lamentablemente existen muy pocos datos respecto de este indicador, pero resulta particularmente alarmante que, si bien el número de muertes por cáncer de

mama en Argentina presenta una tendencia creciente, la tasa de mortalidad específica permanece relativamente estable y algo decreciente. Y, al comparar la tendencia de decrecimiento de este indicador en relación con el de otros países de la región, Argentina es uno de los países que menos ha disminuido su tasa de mortalidad específica estandarizada por edad en el tiempo (**Gráfico 4**), en un período en el cual las innovaciones en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama han inducido una mejora en la sobrevida de las pacientes, con impacto sobre el descenso de las tasas de mortalidad.

Si se tienen en cuenta los costos directos relacionados con la prevención y el tratamiento de la enfermedad y el valor económico de las vidas perdidas y la discapacidad causada, en 2010 el cáncer representó una carga de aproximadamente 1,16 billones de dólares en todo el mundo. Otras estimaciones, que suman los costos a más largo plazo de los pacientes y sus familias, elevan el monto global anual asociado al cáncer a US \$ 2,5 billones. La implementación de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento podría salvar entre 2,4 y 3,7 millones de vidas al año. La gran mayoría de estas vidas se salvarían en países de ingresos bajos y medianos, lo que generaría un beneficio económico de más de 400.000 millones de dólares. Además, se ha estimado que una inversión de US \$ 11,4 mil millones en un conjunto de estrategias de prevención básicas en las regiones menos ricas del mundo puede generar ahorros de hasta US \$ 100 mil millones en costos futuros de tratamiento del cáncer.

Las medidas con mayor potencial de impacto clínico y económico son las orientadas al control del tabaquismo y la obesidad, las vacunas, la detección y el tratamiento precoces, los cuidados paliativos y la planificación de los sistemas de salud, con la creación de registros de cáncer, ya que aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios: índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol; por lo tanto, pueden prevenirse (el consumo de tabaco ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por esta enfermedad a nivel mundial).

Evitar los factores de riesgo más conocidos es un modo de acción fundamental para prevenir ciertos cánceres, pero, además, el diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos del tratamiento. Por ello, en cáncer de mama necesitamos difundir las mamografías tanto como se hizo con el papanicolaou en el cáncer de cuello, y extremar las medidas para lograr un acceso efectivo a ellas. La apertura de costos desarrollada en nuestro trabajo para cada línea de cuidado muestra un bajo porcentaje de recursos destinados a prevención y diagnóstico (7% del costo directo) en comparación con el tratamiento (93%). A su vez, el tratamiento para estados avanzados (que no son curativos, sin incluir quimioterapia,

concentran casi la mitad del costo total). Esta composición del costo directo tiene que ver con el estadio en el que llegan las mujeres al diagnóstico, pero también con la falta de una política integral que asigne los recursos de manera eficiente y equitativa, y que coordine efectivamente los esfuerzos preventivos y de screening.

Otra de las claves del tratamiento del cáncer es la discusión de cada caso en un comité multidisciplinario, con profesionales de diferentes especialidades. Con la competencia de las diferentes opiniones, podría lograrse una mayor aproximación al mejor tratamiento para el paciente. Los miembros del comité tienen una visión más global de la patología, lo que optimiza la evaluación y permite alcanzar un porcentaje más alto de curación. Una evaluación errónea al comienzo de la enfermedad por decisiones individuales puede ser muy difícil de revertir.

Los cánceres son muy diferentes de un enfermo a otro, debido a las múltiples variedades, y cada una de ellas puede ser tratada en etapas diferentes. Su heterogeneidad hace imposible combatirlos con un solo esquema de tratamiento. Para ello, la llamada “medicina personalizada”, “molecular”, “estratificada” o “4P” (predictiva, preventiva, personalizada y participativa) resulta fundamental para proponer al paciente un tratamiento adaptado a las características de su tumor. Sin reemplazar a los tratamientos actuales, sirve para complementar lo que ya existe. Para su aplicación, se necesita conocer el “portarretrato” molecular de cada tumor, que se obtiene del análisis del ADN con métodos diagnósticos de avanzada (diagnóstico molecular). Con este análisis del genoma tumoral, los medicamentos pueden ser dirigidos sobre un blanco específico, según el perfil genético del tumor de cada paciente. Sus dos pilares son la terapia dirigida contra un blanco específico y la inmunoterapia.

Actualmente, muchos cánceres (y entre ellos el de mama) pueden convertirse en una enfermedad crónica gracias a los nuevos tratamientos y su eficacia. No obstante, las mejoras en el conocimiento vendrán de la oncología moderna, de la prevención, del screening, de las imágenes y la biotecnología, de las pluridisciplinas, de la inteligencia artificial (big data) y de una nueva cultura en la evaluación global de la enfermedad. Pero, muy especialmente, serán consecuencia de las mejoras de la calidad organizacional, como lo demuestran varios de los hallazgos de este trabajo.

El cáncer también involucra dos esferas que se desprenden de lo anterior.

En primer término, la gran cantidad de personas que han transitado la enfermedad y vuelven a su vida social, económica y afectiva plena.

Los llamados “sobrevivientes a largo plazo” significan una población en continuo crecimiento con problemáticas propias, como las secuelas del tratamiento en distintas etapas posteriores y la aparición de nuevos tumores.

En nuestro país no hay estudios a gran escala desde el punto de vista epidemiológico, ni de sus implicancias, y es un disparador que surge desde el presente trabajo para considerar dentro de una política de control del cáncer. En línea con las estadísticas internacionales y las referencias de nuestros líderes de opinión locales, entre un 75% y un 85% de pacientes en estadios tempranos se curan, por lo que las normas y las guías en este grupo deberían ser prioritarias. No debe olvidarse que la palabra “cáncer” encierra connotaciones en nuestra sociedad que deben ser debatidas y puestas en agenda.

En segundo término, es preciso observar el acompañamiento de las pacientes que no pueden curarse o se hallan en situaciones de gran vulnerabilidad, con la articulación de cuidados paliativos, grupos multidisciplinarios calificados y trabajo social.

Las grandes crisis desnudan y aumentan las diferencias de oportunidades, no solo de acceso, sino también de resiliencia y de soporte social y sanitario.

La integración de cuidados paliativos y trabajo social es una deuda con las pacientes en nuestra misión más noble, que es acompañarlas en el transcurso de su enfermedad, sea en el momento de la rehabilitación y de la reinserción socioafectiva, como en los casos en los que hay progresión al tratamiento.

Cualquier política que no tome en cuenta a los sobrevivientes, los vulnerables y aquellos que están en una etapa ulterior de la enfermedad estará condenada a limitarse solamente a una parte de la foto.

Estamos viviendo una revolución humana, tecnológica, médica y organizacional que abre un camino de esperanza en los pacientes. Contra el cáncer de mama todos tenemos un rol que jugar, y es deber de todos los profesionales médicos construir con los pacientes los progresos en el tratamiento, y del sistema político sanitario definir prioridades para terminar con una inequidad socialmente inaceptable: la de vivir o morir según la provincia en que se habite.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Alba, L. H., Díaz, S., Gamboa, O., Poveda, C., Henao, A., Perry, F., Duggan, C., Gil, F., Murillo, R., Molinié, F., Leux, C., Delafosse, P., Ayrault-Piault, S., Arveux, P., Woronoff, A. S., Guizard, A. V., Velten, M., Ganry, O., Bara, S., Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. (2019). Cost-effectiveness of early detection of breast cancer in Catalonia (Spain). *American Journal of Preventive Medicine*, 9(2), e029662. <https://doi.org/10.1088/1752-7155/7/3/037101>
- Baliski, C., McGahan, C. E., Liberto, C. M., Broughton, S., Ellard, S., Taylor, M., Bates, J., 26 & Lai, A. (2014). Influence of nurse navigation on wait times for breast cancer care in a Canadian regional cancer center. *American Journal of Surgery*, 207(5), 686–692. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.01.002>
- Bowser, D., Marqusee, H., El Koussa, M., & Atun, R. (2017). Health system barriers and enablers to early access to breast cancer screening, detection, and diagnosis: a global analysis applied to the MENA region. *Public Health*, 152(6), 58–74. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.020>
- Chukmaitov, A. S., Kaidarova, D. R., Talaeyva, S. T., Sheppard, V. B., Xu, H., Siangphoe, U., & Ettner, S. L. (2018). Analysis of delays in breast cancer treatment and late-stage diagnosis in Kazakhstan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(9), 2519–2525. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.9.2519>
- Eriksson, L., Bergh, J., Humphreys, K., Wärnberg, F., Törnberg, S., & Czene, K. (2018). Time from breast cancer diagnosis to therapeutic surgery and breast cancer prognosis: 28 A population-based cohort study. *International Journal of Cancer*, 143(5), 1093–1104. <https://doi.org/10.1002/ijc.31411>
- Gamboa, Ó., Buitrago, L. A., Lozano, T., Dieleman, S., Gamboa, C., Guzmán, É. L., Gil, M., & Fuentes, J. (2016). Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 20(2), 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.003>
- Jaiswal, K., Hull, M., Furniss, A. L., Doyle, R., Gayou, N., & Bayliss, E. (2018). Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: A safety-net population profile. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(12), 1451–1457. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7067>
- Lawrenson, R., Seneviratne, S., Scott, N., Peni, T., Brown, C., & Campbell, I. (2016). Breast cancer inequities between Māori and non-Māori women in Aotearoa/New Zealand. *European Journal of Cancer Care*, 25(2), 225–230. <https://doi.org/10.1111/ecc.12473>
- Mira, J. J., Pérez-Jover, V., Ibañez, J., Guilabert, M., Cuevas, D., & Salas, D. (2012). Calidad de la atención al paciente oncológico. tiempos asistenciales recomendables entre sospecha

clínica y definición del plan terapéutico en cáncer de mama y colorectal. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(3), 385–393. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272012000300004>

Molinié, F., Leux, C., Delafosse, P., Ayrault-Piault, S., Arveux, P., Woronoff, A. S., Guizard, A. V., Velten, M., Ganry, O., Bara, S., Daubisse-Marliac, L., & Tretarre, B. (2013). Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: A 30 population-based study in France. *Breast*, 22(5), 810–816. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.02.009>

Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. A., Ocampo, R., & Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica de Mexico*, 53(6), 478–485.

Quillet, A., Defossez, G., & Ingrand, P. (2016). Surveillance of waiting times for access to treatment: a registry-based computed approach in breast cancer care. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 764–773. <https://doi.org/10.1111/ecc.12362>

Ramirez, A., Perez-Stable, E., Penedo, F., Talavera, G., Carrillo, J. E., Fernández, M., Holden, A., Munoz, E., San Miguel, S., & Gallion, K. (2014). Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: The Six Cities Study. *Cancer*, 31 120(5), 752–760. <https://doi.org/10.1002/cncr.28450>

Robertson, S., Adolfsson, J., Stattin, P., Sjövall, A., Winnersjö, R., Hanning, M., & Sandelin, K. (2017). Waiting times for cancer patients in Sweden: A nationwide population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 230–237. <https://doi.org/10.1177/1403494817693695>

Rosa, L. M. da, Radünz, V., & Brüggemann, O. M. (2013). Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS / Time between the diagnostic and therapeutic steps of breast cancer in the sus DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v12i1.18454. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), 104–111. <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18454>

Sánchez, G., Niño, C. G., & Estupiñán, C. (2015). Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Biomedica*, 35(4), 505–512. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2378>

Schleimer, L. E., Vianney Dusengimana, J. M., Butonzi, J., Kigonya, C., Natarajan, A., Umwizerwa, A., O’Neil, D. S., Costas-Chavarri, A., Majyambere, J. P., Shulman, L. N., Keating, N. L., Shyirambere, C., Mpunga, T., & Pace, L. E. (2019). Barriers to timely surgery for breast cancer in Rwanda. *Surgery (United States)*, 166(6), 1188–1195. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.06.021>

Souza, C. B., Fustinoni, S. M., Amorim, M. H. C., Zandonade, E., Matos, J. C., & Schirmer, J. (2015). Breast cancer: Diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(12), 3805–3816. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.00422015>

Tina Shih, Y. C., Dong, W., Xu, Y., & Shen, Y. (2019). Assessing the Cost-Effectiveness of Updated Breast Cancer Screening Guidelines for Average-Risk Women. *Value in Health*, 22(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.07.880>

Trogdon, J. G., Ekwueme, D. U., Poehler, D., Thomas, C. C., Reeder-Hayes, K., & Allaire, B. T. (2017). Medical costs of treating breast cancer among younger Medicaid beneficiaries by stage at diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 166(1), 207–215. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4386-2>

Yoo, T. K., Han, W., Moon, H. G., Kim, J., Lee, J. W., Kim, M. K., Lee, E., Kim, J., & Noh, D. Y. (2016). Delay of treatment initiation does not adversely affect survival outcome in breast cancer. *Cancer Research and Treatment*, 48(3), 962–969. <https://doi.org/10.4143/crt.2015.1730111-2> PMID: 31548545

Goss PE, Lee BL, and Badovinac-Crnjevic T, et al (2013) Planning cancer control in Latin America and the Caribbean *Lancet Oncol* 14(5) 391–436 [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2) PMID: 23628188 10(6) 314–322 <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.55>

Barrios CGW (2016) Abstract P6-16-04: real world data and patterns of care of metastatic breast cancer (MBC) in Brazil: first results 105–124 <https://doi.org/10.3322/caac.21597> PMID: 32068901

Werutsky GRRCB (2019) Generating real world data of breast cancer in Brazil: validation of Amazona III results with cancer registries 116–124 <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.4782>

Reinert T, Pelegrinni R, and Rol R, et al (2020) Estimation of the number of Brazilian women living with metastatic breast cancer *JCO*

Tripathy D, Im S-A, and Colleoni M, et al (2018) Ribociclib plus endocrine therapy for premenopausal women with hormone-receptorpositive, advanced breast cancer (MONALEESA-7): a randomised phase 3 trial *Lancet Oncol* 19(7) 904–915 <https://doi.org/10.1016/>

Clark TG, Bradburn MJ, and Love SB, et al (2003) Survival Analysis Part I: basic concepts and first analyses *Br J Cancer* 89(2) 232–238

Snapinn S and Jiang Q (2011) On the clinical meaningfulness of a treatment's effect on a time-to-event variable *Stat Med* 30(19)

Sashegyi A and Ferry D (2017) On the interpretation of the hazard ratio and communication of survival benefit *Oncologist* 22(4) 484–160–217

Baselga J, Cortes J, and Kim S-B, et al (2012) Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer *N Engl J Med*

Sledge GWJ, Toi M, and Neven P, et al (2020) The effect of abemaciclib plus fulvestrant on overall survival in hormone receptor-positive, ERBB2-negative breast cancer that progressed on endocrine therapy-MONARCH 2: a randomized clinical trial *JAMA Oncol* 6(1)

Schmid P, Rugo HS, and Adams S, et al (2020) Atezolizumab plus nab-paclitaxel as first-line treatment for unresectable, locally advanced

Barrios CH, Reinert T, and Werutsky G (2019) Access to high-cost drugs for advanced breast cancer in Latin America, particularly trastuzumab *E cancermedicalsecience* 13 898 <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.898> PMID: 30792815 PMCID: 6372298

Goetz MP, Gradishar WJ, and Anderson BO, et al (2019) NCCN guidelines insights: breast cancer, version 3.2018 *J Natl Compr Canc*

Cardoso F, Senkus E, and Costa A, et al (2018) 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC)

Cortes J, Perez-Garcia JM, and Llombart-Cussac A, et al (2020) Enhancing global access to cancer medicines *CA Cancer J Clin* 70(2)

World Bank (2018) GDP per capita (current US\$). World Development Indicators 2341–2348 <https://doi.org/10.1002/sim.4256> PMID: 21520457

Ekwueme DU, Guy GP, and Rim SH, et al (2014) Health and Economic Impact of Breast Cancer Mortality in Young Women, 1970–2008

Modigliani F (2014) The life cycle hypothesis of saving , the demand for wealth and the supply of capital *Soc Res (New York)* 33(2)

Cruz M, Reinert T, and Cristofanilli M (2018) Emerging innovative therapeutic approaches leveraging cyclin-dependent kinase inhibitors to treat advanced breast cancer *Clin Pharmacol Ther* 103(6) 1009–1019 <https://doi.org/10.1002/cpt.965>

8.

Freitas, A. G. Q., & Weller, M. (2015). O atraso de paciente e atraso de sistema no tratamento do câncer de mama nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(10), 3177–3189. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19692014>

Kumar, A., Bhagabaty, S. M., Tripathy, J. P., Selvaraj, K., Purkayastha, J., & Singh, R. (2019). Delays in diagnosis and treatment of breast cancer and the pathways of care: A mixed methods study from a tertiary cancer centre in north east India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(12), 3711–3721. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.12.3711>

ⁱ <http://www.msal.gob.ar/images/stories/tramites-servicios/banco-drogas/18-05-2017-vademecum-oncologico.pdf>

ⁱⁱ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/controldecancer/files/2019/09/VADEME2018.pdf>

ⁱⁱⁱ http://boletinoficialsalta.gob.ar/VersionImprimibleLeyes.php?nro_ley2=7786